

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-
ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL

(Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007)

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Limitações e
Constrangimentos na Acção
Médica pela Perspectiva dos
Médicos: Análise exploratória
num Centro de Saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Vanessa dos Santos Aleixo Duarte

Nº de aluno 4451

Orientador:

Prof. Doutor Eduardo Esperança

Lisboa, Junho de 2011

Limitações e Constrangimentos
na Acção Médica pela Perspectiva
dos Médicos: análise exploratória
num Centro de Saúde

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Vanessa dos Santos Aleixo Duarte

Nº de aluno 4451

Orientador:

Prof. Doutor Eduardo Esperança

Agradecimentos

O resultado dos últimos dois anos de pesquisa, investigação e sobretudo muita dedicação estão compilados nas páginas que se seguem. No entanto nada disto seria possível sem a ajuda de muitas pessoas que foram fundamentais para o desenrolar do processo de investigação.

Como tal gostaria de deixar registado o meu mais profundo agradecimento a todas elas:

À direcção do Agrupamento de Centros de Saúde em questão que autorizou este processo e a todos os MCGF que amavelmente me receberam e contribuíram de forma muito generosa com preciosa informação para esta investigação.

Ao orientador desta investigação Prof. Dr. Eduardo Esperança que embora à distância esteve sempre disponível para as minhas dúvidas existenciais e queria ainda deixar aqui manifestado o meu agradecimento ao Prof. Dr. Paulo Resende da Silva, que esteve sempre disponível para me apoiar e motivar na conclusão da tese.

Aos meus pais, Ana Maria e Manuel Duarte, e marido Tito Carvalho, que me deram toda a força e motivação e também algum apoio logístico, bem como foram muito compreensivos comigo em momentos menos fáceis do processo de investigação.

A todos estes e àqueles que de uma forma ou outra contribuíram para que este momento fosse possível os meus mais sinceros agradecimentos.

Resumo

Limitações e Constrangimentos na Acção Médica pela perspectiva dos Médicos: análise exploratória num Centro de Saúde

Esta investigação é exploratória e transversal, tendo como objectivos identificar situações que os MCGF das extensões de saúde do CS em estudo considerassem constrangedoras e/ou limitadoras no desempenho das suas funções no SNS, e perceber quais seriam as que consideram mais preocupantes para o sucesso da terapêutica.

Foi utilizado um modelo de entrevista semi-estruturada, validada previamente. Os resultados desta validação estão na base da definição das categorias que emergiram da análise qualitativa de conteúdo.

As categorias e subcategorias mais vezes referenciadas pelos entrevistados foram *Escassez de Recursos* e *escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral*, respectivamente.

Conclui-se que a escassez de recursos nos cuidados primários de saúde é uma forte preocupação dos Médicos entrevistados e que todos eles consideraram que o trabalho em equipa multidisciplinar, nos cuidados primários de saúde, iria diminuir as limitações no acto médico e, automaticamente, beneficiar o utente.

Palavras-Chave

Médicos de Clínica Geral e Familiar; Constrangimentos; Centros de Saúde

Abstract

Limitations and Constraints on Medical Action for a Physician point of view: exploratory analysis in a Health Centre

This research is exploratory and transversal, and aims to identify situations that General and Family Practitioners in Health Extensions of the Health Centre in study would consider constraint and / or limiting to the performance of their duties in the National Health Service, and realize what they consider to be the most concerning for the success of therapy.

A previously validated model of semi-structured interview was used. The results of this validation are at the basis for defining the categories that emerged from the qualitative content analysis.

The categories and sub categories more often referenced by the interviewed were *Shortage of Resources and shortage of technicians who support the consultation of General Practitioners*, respectively.

It is concluded that the shortage of resources in primary health care is a major concern of the Medical Practitioners interviewed, and that all of them felt that multidisciplinary teamwork, in primary health care, would reduce the limitations in the medical procedure and, automatically, benefit the patient.

Key Words

General and Family Physicians, Constraints, Health Centres.

Índice de conteúdos

Agradecimentos	1
Resumo	2
Palavras-Chave	2
Abstract.....	3
Key Words	3
Índice de Tabelas	6
Abreviaturas.....	7
I. Introdução.....	8
II. Enquadramento Teórico	11
II.1.Serviço Nacional de Saúde	12
II.2. Contradições no Serviço Nacional de Saúde.....	17
II.3.Utentes e Informações terapêuticas	19
II.4.MCGF e Gestão da Consulta	22
II.5.Alteração Terapêutica do Estilo de Vida	24
II.6.Comunicação.....	28
III. Metodologia.....	31
III.1. Objecto de estudo.....	31
III.2 Objectivos do estudo	32
III.2.1. Objectivo geral	32
III.2.2 Objectivos específicos.....	32
III.3. Desenho do estudo	33
III.3. População alvo	34
III.4. Amostragem.....	35
III.5. Critérios de Inclusão.....	35
III.6. Critérios de Exclusão	36
III.7. Instrumentos de Medida	36
III.8. Análise Prevista	38
III.9. Procedimento.....	39
IV Resultados.....	40
IV.1 Caracterização da amostra	40
IV.2 Definição de Categoria e subcategorias	42

IV.3 Apresentação de resultados	45
IV.4 Discussão de Resultados.....	63
V Conclusão.....	69
VI. Plano de Intervenção Sócio-Organizacional	73
VII. Considerações Éticas e Legais.....	75
VIII. Referências Bibliográficas.....	76
VIII. 1. Referências Bibliográficas	76
VIII. 2. Referências Bibliográficas Internet.....	80
IX. ANEXOS	ii
IX.1. Organograma correspondente ao SNS actual.....	iii
IX.2 Guião de Entrevista Aplicado	iv
IX.3 Listagem de Categorias e Subcategorias.....	vi

Índice de Tabelas

Tabela1: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M1.....	45
Tabela2: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M2.....	47
Tabela3: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M3.....	49
Tabela4: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M4.....	51
Tabela5: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M5.....	53
Tabela6: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M6.....	55
Tabela7: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M7.....	57
Tabela8: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M8.....	59
Tabela 9: Representação dos resultados das entrevistas com os MCGF.....	61

Abreviaturas

ACS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ATEV – Alteração Terapêutica do Estilo de Vida

CS – Centro de Saúde

ESTeSL – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

HTA – Hipertensão Arterial

IGM – Instituto de Genética Médica Dr Jacinto de Magalhães

INE – Instituto Nacional de Estatística

IO – Instituto de Oftalmologia Dr Gama Pinto

IPO -Instituto Português de Oncologia

ISO – Intervenção Sócio-Organizacional

MBE – Medicina Baseada na Evidência

MCGF – Médico de Clínica Geral e Familiar

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Permanentes

USF – Unidade de Saúde Familiar

I. Introdução

No decorrer do nosso quotidiano deparamo-nos repetidas vezes com situações que nos despertam a atenção por algum motivo e que por vezes nos fazem querer saber mais sobre determinado assunto. Pois bem, foi desta forma que surgiu este problema de investigação, aliando a curiosidade natural, à experiência e formação profissional com acesso facilitado à informação em questão.

O facto de ser licenciada em Dietética e Nutrição, e ter exercido em exclusividade na clínica privada durante mais de três anos e de no momento ser Delegada de Informação Médica fez com que estivessem reunidas as condições ideais para poder explorar as questões associadas às limitações que os médicos diziam, embora sempre em carácter informal, sentir no decorrer da sua actividade profissional.

Surgiu ainda da necessidade de identificar porque motivo os utentes tantas vezes se manifestaram negativamente, nas minhas consultas privadas de Dietética sobre a falta de apoio, por parte dos seus MCGF, que sentiram quando pediam ajuda aos seus MCGF para perderem peso ou simplesmente para mudarem pequenos hábitos alimentares. Aliado a isto, enquanto esperava nas salas de espera, dos muitos Centros de Saúde e respectivas extensões que visitava ia reparando nas muitas “lamúrias” entre utentes, sobre a falta de tempo dedicado à consulta, bem como a incapacidade de tratar de determinadas questões relacionadas com Fisioterapia, apoio psicológico, acompanhamento alimentar, e do alegado excesso de medicamentos que faziam.

Por outro lado ouvia os MCGF tantas vezes a falarem das situações que os incomodavam e que não conseguiam ultrapassar no seu quotidiano de trabalho.

Sendo eu uma profissional da área da saúde é natural que questões como estas me despertem interesse e me motivem a tentar descobrir algumas das razões que levavam a este quadro. Após ter iniciado a pesquisa não encontrei

resposta a muitas das perguntas que tinha. Encontrei sim, muitos artigos e textos de diversas naturezas sobre a problemática da ATEV, do agravamento das despesas públicas de saúde associadas às doenças crónicas, da falta de técnicos, entre muitos outros assuntos. No entanto as minhas perguntas continuavam sem resposta.

Sendo este mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional com especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde e tendo em conta a minha experiência profissional, pareceu pertinente investigar os Médicos de Clínica Geral do Sistema Nacional de Saúde, enquanto gestores, encontrando respostas para a pergunta de investigação que surgiu: "Quais as limitações/constrangimentos no acto médico?". Ou seja quais são os principais obstáculos que encontram diariamente no seu local de trabalho (apenas no Serviço Público) e que têm que gerir, para realizar as suas consultas de clínica geral e consequentemente o tratamento dos seus utentes da forma que consideram mais adequada.

Dentro do âmbito da pergunta de investigação defini como objectivos específicos que seria pertinente: Identificar junto dos MCGF se consideram existir limitações no seu local de trabalho que de alguma forma interfiram no seu desempenho profissional; Identificar que limitações e/ou constrangimentos são esses; Identificar se consideram que o trabalho multidisciplinar poderia ser um factor que diminuiria as limitações no acto/comunicação médico(a); Identificar as situações (limitantes) que os médicos em estudo consideram mais preocupantes e que podem condicionar mais o tratamento dos seus utentes.

Para dar resposta a estas questões foram seleccionados 8 MCGF que exercem a sua actividade profissional em extensões pertencentes ao mesmo Centro de Saúde.

Este trabalho está dividido em 9 capítulos sendo que o primeiro é a Introdução, onde pode encontrar qual a motivação da investigadora para este tema e a pertinência do mesmo; no Enquadramento Teórico encontrará toda a parte científica de outros autores que suportam esta investigação, bem como poderá ambientar-se com alguns termos ou matérias que sejam relevantes

para compreender os resultados encontrados e com os quais o leitor poderá não sentir-se completamente à vontade. Já no 3º capítulo, os Objectivos são isso mesmo, o que o investigador se propôs a descobrir nesta análise exploratória, no capítulo da Metodologia pode encontrar a forma como foi desenvolvida a investigação e quais foram os critérios utilizados, em seguida os Resultados onde estão expostos os resultados da investigação, bem como a discussão dos mesmos, já no capítulo da Conclusão poderá ver que outras investigações suportam ou não os resultados desta e se os objectivos foram atingidos. No 7º capítulo Plano de Intervenção Sócio-Organizacional é uma exposição do que poderá ser feito com os resultados encontrados nesta investigação, bem como sugestões de continuação desta investigação, em seguida nas Referências bibliográficas encontrará todos os autores, bem como os seus trabalhos utilizados nesta investigação e por fim nos Anexos terá o guião de entrevista utilizado, bem como as categorias e subcategorias para análise.

II. Enquadramento Teórico

Um gestor tem o dever de desenvolver sinergias por forma a complementar o conhecimento humano/científico com os recursos disponíveis, a fim de obter maior benefício e rentabilidade com menor esforço, custos financeiros reduzidos ou de recursos. A diversidade de situações em que se tem de recorrer na gestão é muito vasta e pode ir desde o conhecimento, informação, recursos humanos entre outras áreas, sendo estas talvez as mais significativas.

Tendo em conta o que acabou de ser referido pode considerar-se então, que muitos de nós desempenhamos funções de gestão no quotidiano, mesmo sem nos apercebermos. O que significa que também os MCGF terão que ser gestores no seu quotidiano profissional.

Após alguma convivência profissional, que antecedeu o início da investigação deu para perceber que de facto, os MCGF, principalmente os que estavam colocados em extensões de saúde tinham que ser, diariamente, gestores bem organizados de forma a satisfazerem as necessidades dos utentes que diariamente os procuram com as mais diversas preocupações, que grande parte das vezes vai muito além das funções do Médico de Clínica Geral e Familiar.

Esta imagem que os utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) fazem dos MCGF, quase como sendo uma "entidade divina" com capacidades e conhecimentos para resolver todas as questões, está frequentemente longe da realidade. Esquecem-se que são profissionais que encontram dificuldades e limitações no seu trabalho, tal como todos nós. No entanto os problemas com que estes se deparam no seu quotidiano profissional podem comprometer o sucesso da terapêutica dos seus utentes.

II.1. Serviço Nacional de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) tal como o conhecemos existe em Portugal desde 1979; comemorámos por isso os 30 anos deste serviço público.

Antes deste sistema de saúde, os cuidados médicos eram da responsabilidade das instituições privadas e por isso as despesas associadas ficavam a cargo das famílias dos doentes e também dos serviços médicos de previdência¹.

Desde 1899, com o Dr. Ricardo Jorge e a criação dos serviços de saúde pública, estes têm evoluído até ao que conhecemos hoje como sendo o Serviço Nacional de Saúde³. Mesmo depois da implementação deste Sistema, este tem vindo a sofrer grandes evoluções de forma a tornar a vida dos cidadãos mais confortável e com melhor qualidade de vida no que toca às questões de saúde.

Na altura da comemoração do 30º aniversário do SNS a Ministra da Saúde, Drª Ana Jorge reiterou que "O SNS (...) demonstrou ser o serviço público Português com maior impacto na evolução de todo o colectivo nacional, comparativamente a outros sectores e a outros países (...).²". A criação do SNS foi sem dúvida um grande avanço na sociedade Portuguesa, antes desta data tínhamos indicadores de saúde que não eram favoráveis. Grande parte da população não era abrangida pelos serviços de saúde, o que incutia grandes gastos de saúde às famílias que precisavam dos cuidados médicos. Isto comprometia o acesso à saúde.

Com a criação do SNS, após o 25 de Abril de 1974, surgiu a oportunidade de acessos mais facilitados aos cuidados de saúde de forma geral. A criação de novas faculdades de Medicina, bem como de outras na área da Saúde, permitiu maior número de profissionais disponíveis para dar apoio às crescentes necessidades que

¹ (disponível em URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>, a 8 de Março de 2010)

² (disponível em URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/xxx+sns.htm>, acedido a 09 de Março de 2010)

surgiam. Como afirmou a ministra da saúde Dr.^a Ana Jorge "os níveis de saúde melhoraram muito, nomeadamente as taxas de mortalidade materna, infantil e perinatal, bem como as das doenças transmissíveis. A esperança de vida aumentou substancialmente tanto nas mulheres como nos Homens"³. Estes dados são bastante animadores para Portugal, uma vez que demonstra que a aprovação desta medida foi arriscada em termos governamentais por implicar um esforço financeiro da parte do estado, mas que tem estado a beneficiar visivelmente as condições de saúde dos utentes do SNS.

A avaliação feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2000, cerca de 20 anos depois da implementação do SNS revelou que o nosso sistema de saúde se "encontrava em 12º lugar, numa lista mundial que incluía 191 países"⁴. Ainda segundo a OMS Portugal tinha conseguido alcançar tendo em conta a nossa situação cultural e económica, indicadores de saúde acima do esperado, mesmo quando os resultados foram comparados com outros países. No ano anterior a OMS também revelou resultados animadores em relação ao nosso sistema de saúde.

"A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei⁵", bem como "A promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado⁶" são duas situações, das muitas, definidas em Decreto-lei para proteger os cidadãos e defender os seus direitos, bem como estipular as condições em que o SNS se define e actua.

³ (disponível em URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/sustentabilidade+ar.htm>, acedido a 9 de Março de 2010)

⁴ (disponível em URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/xxx+sns.htm>, acedido a 8 de Março de 2010)

⁵ (disponível em URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>, a 8 de Março de 2010)

⁶ Decreto-lei nº48/90 de 24 Agosto com as alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro no Capítulo I em Disposições gerais

O objectivo do SNS é permitir cuidados de saúde integrados para toda a população portuguesa, tendencialmente gratuitos. Isto porque os serviços disponíveis no nosso Sistema de Saúde são taxados pelo que se chama taxa moderadora, isto serve para controlar a afluência desmesurada de parte de alguns utentes e também para garantir algum encaixe financeiro para o Serviço Nacional de Saúde. Como afirmou a ministra da Saúde este serviço “envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social⁷”. Mais à frente ir-se-á abordar a promoção da saúde e prevenção da doença, porque como se vai demonstrar com esta investigação isso nem sempre acontece, embora conste no plano do Serviço Nacional de Saúde.

O diploma do SNS estabelece ainda que a organização do mesmo é descentralizada, ou seja o poder de decisão deverá estar dividido por diversas partes do país, aumentando a capacidade de decisão imediata e permitindo que os serviços se ajustem às necessidades dos utentes dessa região. Quando se fala de estrutura do SNS (consultar Anexo I), fala-se de órgãos centrais, regionais e locais com serviços primários e diferenciados. Estes órgãos dependem uns dos outros hierarquicamente, no entanto têm capacidade e poder de decisão nalgumas matérias consideradas regionais.

Pisco (2008:2) afirma que um dos pontos fortes do nosso SNS é ter uma boa cobertura nacional, que inclui bons termos de referência. Ou seja, cada utente tem direito a ser incluído no ficheiro de um MCGF, com a sua família portanto, trata-se de um médico de família que vai ter a oportunidade de acompanhar toda a família, e que deverá ser no local mais próximo da sua residência. No entanto “os utentes têm a possibilidade de optar pelo médico de família que querem.” (Pisco.2008:3) Esta possibilidade implica que o médico que pretendem, o aceite ou, preferencialmente, os aceite enquanto família no seu ficheiro. Pois os médicos têm um ficheiro que varia entre os 1500 e 2000 utentes, consoante o local onde se encontram a trabalhar, extensão de saúde ou Unidade de Saúde Familiar. Toda esta estrutura está desenhada para favorecer os utentes e os profissionais que fazem parte da equipa de trabalho do Serviço Nacional de Saúde. Mas isto não significa que seja um Serviço de Saúde perfeito.

⁷ (disponível em URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>, a 8 de Março de 2010)

Se assim fosse então porque é que apesar das dificuldades económicas que de forma geral a população Portuguesa se debate e ao mesmo tempo é visível o incrível investimento que empresas privadas têm feito no sector privado da saúde. Dados do INE revelam que em 2008 “mais de metade dos Hospitais em funcionamento eram de iniciativa privada”(INE.2010:145). Isto só pode significar que cada vez mais a procura destes serviços privados aumenta. Então porque é que isto acontece? Quando segundo os relatórios o Serviço Nacional de Saúde que temos está entre os melhores a nível mundial.

Parece que a população não está completamente satisfeita com os serviços de saúde que o estado lhe dispõe⁸. E os MCGF que compõem o SNS estarão satisfeitos com o que têm feito e o que têm ao seu dispor para exercer a sua profissão em plenitude?

Colocou-se então uma questão. Como já vimos anteriormente é um facto que a esperança média de vida da população aumentou, mas à custa de doenças crónicas. Cada vez mais as pessoas vivem muitos anos com doenças crónicas, que tentam controlar para estabilizar os seus indicadores de saúde. Recorrendo mais uma vez aos dados do INE este revela que em 2008 “ os óbitos ocorridos pelas duas principais causas de morte, doenças do aparelho circulatório e por tumores malignos mantiveram a tendência dos últimos anos” (INE. 2010:146). No entanto este controlo da doença é feito essencialmente através de fármacos, que custam dinheiro aos utentes, e ao estado. Criam um ciclo vicioso em que os Laboratórios Farmacêuticos cada vez têm mais poder para controlar o SNS, pois são eles que gerem milhões no sistema de saúde e acabam por influenciá-lo mais do que seria de esperar. O poder financeiro que tem interfere muitas vezes no meio político, levando a considerar que muitas decisões políticas são tomadas tendo em conta a “vontade” dos Laboratórios Farmacêuticos.

Se assim não fosse como seria possível o Estado preferir continuar a gastar milhões de euros no tratamento de patologias crónicas, tanto na comparticipação dos medicamentos, como nos exames médicos complementares entre outros tratamentos, em vez de investir em profissionais que podem actuar primariamente,

⁸ <http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/ERS%20-%20Estudo%20do%20Acesso%20aos%20Cuidados%20de%20Saude%20Primarios%20-%20Relatorio.pdf>

na Alteração Terapêutica do Estilo de Vida dos doentes, como é o caso dos Dietistas, Fisioterapeutas, Psicólogos, e desta forma melhorar-lhes os indicadores de saúde evitando a ingestão de fármacos, ou pelo menos diminuindo-a drasticamente e sempre que possível recorrer apenas à mudança do Estilo de Vida. Não seria esta a primeira opção do Estado? Até porque a promoção da saúde e prevenção da doença consta no diploma do SNS, e é defendido pela Ministra da Saúde, como um dos benefícios que os utentes podem esperar obter deste Serviço público.

A preocupação na qualidade de vida dos cidadãos, sem dependência química e recorrendo o mais possível à responsabilização dos utentes sobre o seu estado de saúde e ao conhecimento que cada indivíduo iria adquirir com a mudança do estilo de vida, não deveria ser esta a primeira opção? Não só melhorando algumas patologias, bem como e o mais importante evitando o aparecimento de muitas patologias crónicas e das suas consequências dramáticas. Não deveria ser esta a opção que vai de acordo com a promoção da saúde e prevenção da doença? A opção mais fisiológica, com menos custos financeiros e a mais ajustada ao indivíduo, beneficiando o seu estado geral de saúde.

Mas em que medida é que a presença de outros técnicos de saúde poderiam ajudar os MCGF? A existência de uma equipa multidisciplinar disponível para os cuidados primários, nos Centros de Saúde e respectivas extensões de saúde proporcionariam aos utentes um acompanhamento individual e especializado nas diversas áreas e ainda facilitaria o quotidiano dos MCGF, uma vez que muitas consultas que têm seriam desviadas para os respectivos especialistas, o que lhes permitiria ter mais tempo para dedicar a cada consulta de clínica geral.

Os médicos de Clínica Geral e Familiar são os que geralmente têm o primeiro contacto com os utentes e é essa informação tão poderosa que eles reúnem que se vai tentar obter.

II.2. Contradições no Serviço Nacional de Saúde

Quais são as condições mínimas para o exercício da consulta de clínica geral e familiar? Será que o médico sente o seu desempenho muito afectado com a ausência das mesmas?

E qual é a posição do utente? Quantos utilizadores do SNS, já tomaram conhecimento da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes do SNS? Passando a citar esta carta “o Direito à Saúde está consagrado na Constituição da República e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade”⁹. O que pressupõem que todos os utilizadores do SNS tenham acesso aos seus serviços, nas mesmas condições. O que seria muito difícil de uniformizar, de Norte a Sul de Este a Oeste, desde o maior centro de saúde do País até à extensão de saúde mais recôndita. Por vezes até a dignidade humana é colocada em causa. Quando, por este País fora, os utentes se deparam com diversas situações de vivendas que foram reaproveitadas como Centros de Saúde, onde uma pessoa com dificuldade de locomoção tem que depender da ajuda de terceiros para subir para o 1º andar que é onde decorrem as consultas de Medicina Geral e Familiar. Exemplos desta situação são o Centro de Saúde de Alenquer, de Sobral de Monte Agraço, Centro de Saúde de Mafra, da Extensão de Saúde de Silveira que pertence ao Centro de Saúde de Torres Vedras e a lista poderia continuar.

Grande parte dos utentes do SNS, ao entrarem numa sala e serem atendidos por um médico assume que estão a ser atendidos nas condições mínimas. Poucas vezes interpelam o Médico sobre as condições em que a consulta se passou. Tanto em termos de tempo, como de recursos materiais, ou até mesmo no que diz respeito à disponibilidade de equipas multidisciplinares de outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, dietistas, assistentes sociais, ...). Os utentes depositam de forma geral, na classe Médica muita confiança, tanto por desconhecimento dos serviços técnicos que estes desempenham, bem como por depositarem neles a esperança de

⁹ (disponível em URL: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAA>, acedido a 26 de Outubro de 2009)

serem tratados e muitas vezes porque, consideram os médicos uma classe elitista e que se pode dar ao luxo de fazer exigências e que só trabalhariam se tivessem boas condições para o fazerem. No entanto nem sempre é isso que acontece, pois grande parte da classe médica de clínica geral e familiar tem que se submeter a condições que nem sempre são as mais favoráveis para o desempenho das suas funções. E que podem mesmo condicionar negativamente as mesmas. Este problema torna-se maior ainda quando falamos das extensões de saúde que dependem directamente dos Centros de Saúde e que muitas vezes estão distanciadas geograficamente dos mesmos. A falta de profissionais de saúde complementares aos serviços médicos, o excesso de utentes por médico e a falta de tempo que isso implica em cada consulta, o excesso de burocracia, a limitação que têm, por questões orçamentais, na prescrição de exames complementares, enfim estes são só alguns dos exemplos das limitações que os médicos podem sentir e que comprometem a sua actividade profissional. Estas são também situações que raramente os utentes se apercebem como sendo falhas externas às consultas, grande parte das vezes quando as apontam é como sendo uma falha na qualidade do desempenho médico.

II.3.Utentes e Informações terapêuticas

Para qualquer profissional de saúde a alimentação e o estilo de vida, como é natural são factores preocupantes, mas não deixa de ser chocante quando nos apercebemos após diversas leituras sobre esta temática e algumas conversas de carácter informal com Médicos de Clínica Geral e Familiar (MCGF), que muitos utentes não tinham resposta Dietética, entre outros ou em grande parte das vezes esta questão nem sequer era tema de discussão no quotidiano médico.

Aparentemente, parece puro capricho ou uma necessidade secundária sem a qual os utentes sobrevivem perfeitamente. O que nem sempre é verdade, muitos dos utentes do SNS têm a vida dependente da alimentação que fazem, como é o caso dos doentes com Insuficiência Renal ou mais comumente os doentes Diabéticos, estes são alguns casos em como a vida destas pessoas depende efectivamente da alimentação que fazem. Contudo, a grande maioria das pessoas nem sequer tem conhecimento da melhoria de qualidade de vida que podia ter com pequenas alterações do estilo de vida, nomeadamente a nível alimentar, por isso quando se aproximam do MCGF com problemas a este nível é quase sempre por excesso de peso, que é um motivo bastante evidente e de certa forma ainda criticado pela sociedade e não por outras questões não tão visíveis. Ou seja as pessoas quando se lembram de ter cuidados alimentares é quase sempre por uma questão estética e não por quererem adoptar um estilo de vida saudável.

Será que isto acontece por falta de informação? Este papel poderia ser desempenhado pelos meios de comunicação de forma geral, mas teria muito mais impacto se esta divulgação fosse feita entre o MCGF e o utente. Uma comunicação directa e pessoal sem intervenção de terceiros, após a fase de sensibilização dos utentes é que estes seriam encaminhados para os profissionais de saúde que o poderiam ajudar no sentido de satisfazer as suas necessidades.

Esta questão fez levantar uma outra, sobre a comunicação e a dinâmica entre o médico e o utente. Estas são questões fundamentais para se construir uma relação de confiança entre o médico e o utente de que poderá depender o sucesso de qualquer terapêutica. Como é divulgado no comunicado emitido pela Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos " não se pode condicionar a actividade

dos médicos de clínica geral e esperar que a população mantenha a confiança nestes profissionais ou nas instituições que representam”¹⁰. Ou seja quando aos MCGF lhes são “amputadas” as acções terapêuticas por falta de recursos está-se a limitar a relação de confiança entre os Médicos e os seus utentes que em primeiro lugar responsabilizam os seus Médicos pela ausência de sucesso terapêutica, quando muitas vezes a falha está na ausência de meios de apoio disponíveis. Chegando mesmo a poder-se ler neste comunicado emitido pela Secção Sub-Região do Norte da Ordem dos Médicos “Todo e qualquer acto, norma ou procedimento que diminua a qualidade do acto médico deve ser denunciado como forma de desinserir a responsabilidade médica da responsabilidade do sistema¹⁰”.

Com esta investigação tentou-se perceber alguns dos motivos que levavam grande parte dos médicos a não considerar como alternativa terapêutica a alteração terapêutica do estilo de vida (ATEV), entre outras situações. Embora, os MCGF quando confrontados com essa questão consideram fundamental a ATEV para o sucesso da terapêutica e a melhoria da qualidade de vida de forma geral. Então, porque motivo este tratamento não é uma opção de terapêutica? Foi então que surgiu a questão central para esta investigação.

Quais as limitações/constrangimentos da acto/comunicação médica?

Com esta questão de investigação surgiram também algumas situações a ter em conta como, por exemplo, a forma de abordagem dos MCGF, de forma a deixá-los suficientemente confortáveis com a investigação e com o instrumento de medida para que colaborassem de forma a não sentirem que era “um ataque pessoal” à qualidade do seu desempenho mas, antes, sentirem que estavam a colaborar para demonstrar as condicionantes do SNS que influenciam o desempenho das funções de um clínico geral. E de que forma a existência dessas condicionantes que eles próprios apontaram poderia melhorar a sua forma de actuação no Serviço Nacional de Saúde.

¹⁰ Secção Regional do Norte da Ordem dos médicos, *Comunicado 1999, anexo 7*, disponível in URL: <http://www.nortemedico.pt/textos/?imr=3&imc=5n134n342n>, acedido a 05 de Dezembro de 2009

Nesta investigação optou-se por explorar as extensões de saúde associadas a um dos Centros de Saúde da zona Oeste, por conveniência, uma vez que são médicos que já eram conhecidos do investigador pela sua actividade profissional e por isso teria um acesso facilitado às informações que poderiam fornecer à investigação. As Unidades de Saúde Familiar associadas ao Centro de Saúde foram excluídas por terem mais condições disponíveis tanto a nível de recursos humanos, bem como a nível de remunerações, mas principalmente porque estão formadas há pouco tempo, por isso os MCGF (e isto aplica-se a todos os profissionais das USF) que lá trabalham ainda não dominam a realidade do funcionamento das mesmas de forma a apontarem as questões que os podem limitar/constranger o acto médico.

Embora existisse uma relação anterior ao início desta investigação todo o cuidado é pouco, pois os médicos não gostam de se expor e expor as suas falhas. Têm algum receio de demonstrar que nem sempre fazem o mais correcto no tratamento dos seus utentes e que lhes seja apontado o dedo por isso mesmo, têm também receio de perder a confiança dos seus utentes se eles desconfiarem que nem sempre é feito o que deveria, ou por falta de técnicos, ou por falta de disponibilidade financeira para mais tratamentos complementares, entre outros motivos... Por isso é possível que as respostas que surgirão serão um pouco evasivas, de quem ou tem alguma prudência em falar no assunto, por o considerar delicado, ou por falta de conhecimento sobre o mesmo. Porque será então que isto acontece? A classe médica não estará suficientemente sensibilizada para estas questões? Sentem que as outras classes profissionais como os Dietistas ou Psicólogos são dispensáveis no tratamento de primeira linha?

Grande parte das vezes, os MCGF nem sequer colocam a hipótese de tratamento dos seus utentes através da ATEV em substituição do tratamento químico (medicamentos). E isto não acontece por esta opção ser um processo contínuo e mais demorado para o qual eles teriam que despende muito mais tempo do que têm disponível para as consultas, ou haverá outro motivo? Como tal o utente nem se apercebe que poderia ter uma forma mais saudável e fisiológica de alcançar um estado saudável.

II.4.MCGF e Gestão da Consulta

Os Médicos de Clínica Geral e Familiar têm que enfrentar diariamente muitas adversidades. Desde a grande diferença cultural dos utentes, que se reflecte no seu ficheiro clínico, passando pela escassez de recursos humanos, materiais e de tempo. Todas estas condicionantes interferem no desempenho diário das suas funções enquanto médicos.

Têm que gerir todos estes factores de forma a poder desempenhar da melhor forma o seu papel no SNS e a proporcionar aos seus utentes o melhor tratamento possível disponível. A comunicação desempenha um papel muito importante na relação entre médico e utente, esta pode fazer a diferença entre um tratamento bem sucedido e um tratamento inacabado que poderá colocar em perigo a vida do utente. Esta comunicação deverá ser gerida para que os utentes confiem no seu médico de família e lhes informe de todos os pormenores que podem constituir o historial do utente (Hespanol. 2009(1)). Quando o utente esconde alguma informação do seu médico pode estar de certa forma a comprometer o seu estado de saúde e a inviabilizar todos os tratamentos que se possam seguir. Esta relação de confiança abrange tudo, desde o agregado familiar e a sua constituição, até à sua cultura religiosa, social, passando pelo seu poder económico, hábitos alimentares, profissão, entre muitas outras coisas que podem parecer irrelevantes, mas que farão com que o médico realmente conheça os seus utentes e que na altura de optar pelo tratamento a seguir possa fazê-lo em consciência de que será o mais indicado para a pessoa que tem à sua frente.

A este processo de decisão por parte do médico chama-se Medicina Baseada na Evidência, tal como Nunes (2009:41) defende "esta definição insere-se numa dinâmica da relação médico-doente, isto é a procura incessante do melhor interesse do paciente e da sua qualidade de vida (...)". O que significa que o médico tem que gerir toda a informação que tem sobre o doente e em conjunto optarem por um tratamento que beneficie o utente.

Como faz então o médico esta gestão de conhecimentos e a aplica ao utente que tem à sua frente? É possível aplicá-la a todos os utentes? Ou seja, médico e utente

fazerem uma escolha conjunta de qual será o tratamento que mais beneficie o utente?

É aqui que reside a importância da comunicação e do conhecimento “historial” do doente. Fará algum sentido aplicar a MBE num utente que o médico tem a certeza de que não terá capacidade intelectual e/ou de compreensão para optar pelo tratamento que mais o beneficiará? Claro que deverá ser sempre explicado à pessoa o que se passa e quais são as opções, mas apesar do médico tentar esta comunicação isso não significa que a pessoa compreenda e tenha capacidade de opção pelo mais correcto. Não deverá aqui o médico interferir e aconselhar ou até mesmo optar pelo que considere ser o tratamento que trará mais vantagens ao doente? Mais uma vez se demonstra a importância do conhecimento profundo que o MCGF deve ter do seu utente. O médico deverá aqui ser um pouco “esquizofrénico” e tentar colocar-se no lugar da pessoa que tem à sua frente, conhecendo o seu historial clínico e familiar, desde as patologias, as condições culturais, sócio-económicas, religiosas, financeiras e tentar colocar-se nesse contexto e reproduzir essa realidade, optando pelo que considerar ser o mais apropriado para aquele utente que tem à sua frente.

Para além disto há que referir ainda a importância da gestão de tempo. Perante tanta diversidade de situações com que os MCGF se deparam diariamente têm obrigatoriamente que gerir o seu tempo. Devem então definir quais são as prioridades conforme o seu grau de urgência e importância¹¹ e segundo isso planear o seu dia de trabalho. Importante no meio de tudo isto é saber delegar tarefas que não são da sua responsabilidade para que desta forma consiga cumprir todas as tarefas que lhe são incumbidas e não as que lhe são expectadas.

Será por isso a ATEV uma opção incluída nas suas prioridades? Terá o médico a capacidade de embora não ter disponíveis os Recursos Humanos necessários, conseguir envolver o seu utente numa Alteração Terapêutica do Estilo de Vida?

¹¹ (Disponível in URL: <http://www.artigopt.com/view/printview-3351.html> acedido a 4 de Fevereiro de 2011)

II.5. Alteração Terapêutica do Estilo de Vida

Ainda está por explicar no que consiste a ATEV. Existem várias perspectivas deste conceito, no entanto, aquele que é mais debatido é a mudança do estilo de vida de um indivíduo, como por exemplo: adquirir hábitos alimentares e de exercício físico adaptados ao seu estado de saúde, padrões de vida saudáveis, como deixar de fumar, moderar o consumo de álcool, abolir drogas, criar horários de refeições, fazer as horas de descanso diárias adequadas ao seu caso, entre outras questões. Todas estas mudanças deverão ser estudadas e adaptadas individualmente, sendo fundamental que exista um acompanhamento desta mudança de vida com o intuito de ajustar algumas situações à prática diária do indivíduo, incentivá-lo, através do reforço positivo. Desta forma um doente conseguirá alcançar melhorias muito significativas no seu estado de saúde sem que seja necessário recorrer à introdução de fármacos no seu quotidiano. Ou caso seja necessário, serão em muito menor quantidade ou por períodos de tempo mais curtos do que se não fizessem a ATEV adequada ao seu estado de saúde.

Tal como o conceito de ATEV todo este processo é longo e exigente, tanto da parte da equipa médica como dos utentes. O que não proporciona muitos casos de sucesso, principalmente por ser um processo para o qual muitas vezes os MCGF não têm tempo, nem técnicos disponíveis para o tornarem possível. No entanto os que conseguem cumprir e alcançar os objectivos têm melhorias muito significativas na sua qualidade de vida.

O tempo que os médicos têm que despender para implementar com sucesso uma ATEV nos doentes que necessitam, os meios que são necessários, tanto no que diz respeito a equipas multidisciplinares que devem incluir enfermeiros (que podem fazer o acompanhamento de algumas consultas no caso controlo de hipertensão arterial (HTA), níveis de glicémia, controlo de peso, entre outros), médicos (para diagnóstico da patologia de cada utente e definição do plano de ATEV, prescrição de terapêutica farmacológica quando necessário, bem como acompanhamento do processo), dietistas (definição de plano alimentar adequado ao estado de saúde e ao quotidiano do indivíduo, acompanhamento e reajuste do plano sempre que necessário, quer pela evolução do processo ATEV quer por dificuldades de adaptação do plano traçado com a realidade encontrada pelo utente), psicólogos

(que fazem o acompanhamento necessário em cada caso incentivando e motivando o doente de forma a que ele ultrapasse os obstáculos que vai encontrando no quotidiano para o alcance do objectivo da ATEV), assistentes sociais (que nalguns casos poderão ser importantes no que diz respeito a dificuldades de ordem logística e social que surjam durante o processo) e administrativos (que serão necessários para coordenar a marcação de consultas entre especialidades). Como no que diz respeito à necessidade de um espaço independente para permitir o acompanhamento interdisciplinar destes doentes, bem como recursos logísticos (material de escritório). Contudo o elemento que quando em falta dificulta mais este processo será mesmo o tempo necessário para a identificação dos casos, planeamento da ATEV e acompanhamento do mesmo.

A prescrição de ATEV implica um conhecimento profundo dos hábitos culturais e sociais do doente, o que só se consegue após se estabelecer uma relação de confiança entre utente e Profissional de saúde, de forma a evitar eventuais desvios nas respostas do utente. Estes desvios poderiam influenciar o correcto planeamento da ATEV o que iria inevitavelmente comprometer o sucesso do programa.

Para evitar o comprometimento do programa é necessário, não só uma mudança de hábitos de vida que estão enraizados no quotidiano daquele indivíduo, mas também da vida dos elementos que o envolvem (família, amigos, trabalho e colegas). O que inevitavelmente vai influenciar toda a rotina tanto do utente como dos que o circundam. Neste processo, que tende a ser demorado, o apoio é precioso e todos estes elementos devem ter os conhecimentos que lhes permitam dar o apoio necessário ao elemento que se está a submeter a ATEV, se necessário acompanharem-no às consultas para que possam mais facilmente apoiar e ter um conhecimento mais profundo das questões a serem alteradas para o sucesso do processo.

Acontece frequentemente que os elementos próximos do indivíduo que está a ser alvo deste programa se entusiasmarem tanto com o acompanhamento e apoio que estão a dar que eles próprios procuram alterar alguns pormenores na sua vida de forma a obter uma melhor qualidade de vida, através da prevenção da doença e promoção da saúde. Isto promove uma proximidade maior entre o doente que inicialmente se submeteu à ATEV e os amigos/familiares que voluntariamente se propuseram a acompanhá-lo. Estabelecem-se relações mais fortes entre eles e

permite a criação de objectivos em conjunto, o que facilita muito o alcance dos mesmos.

Muitas das vezes as pessoas, por recomendação do seu médico de família ou porque entretanto lhes surgiu alguma patologia, associada ao excesso de peso e o médico da especialidade os aconselhou a perderem peso, de forma a diminuir o risco da doença em questão, têm que recorrer aos serviços privados para conseguir este acompanhamento, já que no SNS a ATEV ainda não está devidamente enraizada. No entanto este serviço, integrado em equipas multidisciplinares, no sector privado da saúde ainda é muito dispendioso.

Não se discute se é ou não importante ter um peso dentro dos valores aconselhados, todos consideramos comprovadas as vantagens a nível de saúde de estar dentro dos padrões saudáveis. Sabe-se que ter um peso aconselhado diminui os riscos de doenças associadas. Segundo Moore (2005:1298) e Thomas (2005:654) o factor de risco mais evidente para a hipertensão arterial é o excesso de peso. Moore (2005:1298) afirma ainda que a Hipertensão diminui com a perda de peso, estando este tratamento associado a medicação hipertensiva ou não.

“Para além da diminuição da pressão sistólica e diastólica, a perda de peso em indivíduos com excesso de peso, reduz também em 30% o risco de *Diabetes Mellitus* em adultos com excesso de peso” (Moore. 2005:1299).

Thomas (2005:654) reitera que o excesso de peso está, para além do que já foi afirmado antes, também associado a uma hipertrofia ventricular esquerda e dislipidémia. Avança ainda que se verifica em ambos os géneros, associado ao excesso de peso o aumento da doença coronária e paragem cardíaca.

Poirier (2006:908) apresenta uma lista de benefícios no sistema cardiovascular com a perda de peso entre eles encontram-se: diminuição do volume sanguíneo, diminuição do engrossamento do ventrículo esquerdo, melhorias nas pressões diastólica e sistólica do ventrículo esquerdo, diminuição do consumo de oxigénio, diminuição da pressão arterial sistémica, entre muitos outros benefícios.

Se a estes dados adicionarmos os recentes resultados publicados pelo próprio Ministério da Saúde no relatório do Observatório Nacional da Diabetes onde consta que “ A Diabetes em Portugal, em 2009, representou um custo de 1500milhões de

euros (para todos os indivíduos com Diabetes entre os 20 e os 79 anos)¹². É de salientar que nestes dados não estão contemplados os cidadãos com menos de 20 anos, nem os que têm mais de 79 anos e que são doentes com Diabetes. E estes custos apenas contam com as despesas referentes a: Medicamentos antidiabéticos, as tiras teste de glicémia e os custos relacionados com a hospitalização destes doentes devido às complicações associadas à doença. A estes valores poderia ainda acrescentar-se tempo dos MCGF e enfermeiros dispõem com esta patologia e aparelhos de medição de glicémia que em alguns casos são distribuídos gratuitamente.

Não deveriam estes dados ser suficientes para que fossem disponibilizados, pelo Ministério da Saúde, meios para a contratação de técnicos de saúde que dessem apoio à consulta de clínica geral e familiar e desta forma reduzir a despesa de 150 milhões de euros (em 2009) em medicamentos antidiabéticos?

Portanto não se fala só de perda de peso, mas sim de um estilo de vida mais saudável e que promove a saúde. É este factor que é importante divulgar para que deixe de ser acessível apenas a uma franja da população e possa passar a ser uma opção para todos. Contudo para que a ATEV seja possível para todos, é necessário que os nossos Centros de Saúde estejam equipados com os Recursos necessários, acima mencionados.

É mais do que evidente que, por detrás de todo este processo relacional que pode conduzir à ATEV, se encontra o processo de comunicação.

¹² Disponível em URL: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/elatorio+diabetes.htm>, acedido a 02 de Fevereiro de 2011

II.6.Comunicação

“Comunicar deriva do latim *comunicare* que significa partilhar alguma coisa com alguém”¹³. A partir desta definição pode-se afirmar que a comunicação cria ligações e estabelece relações que podem ser mais ou menos profundas dependendo do tipo de comunicação e proximidade que se estabeleça.

A comunicação, nesta investigação, não é o objecto central, mas é sem dúvida fundamental para o sucesso de qualquer relação e, conseqüentemente, para a criação de uma relação de confiança entre médico e utente e o conseqüente sucesso da terapêutica. “Uma má comunicação é um dos factores que mais contribui para o distanciamento entre médicos e utentes” (Newman. 2010:92). Este autor acrescenta ainda que “o potencial de descontentamento pessoal combinado com a falta de formação nas capacidades de comunicação, como seja a de transmitir uma má notícia, acaba por se transformar em más aptidões sociais” (Newman. 2010:93).

A relação entre Médico e Utente “implica a comunicação entre dois indivíduos dotados de profundidade psicológica e, como tal, é influenciada por múltiplos factores intrínsecos a ambas as partes” (Pereira.2008:555). Um dos pontos categorizado após as entrevistas é exactamente os problemas relacionados com a comunicação para tentar perceber até que ponto os médicos consideram importante um canal de comunicação saudável com os seus utentes.

Tendo em conta que “a prática médica tem a sua base na comunicação, a recolha da história, a transmissão de informação sobre a prescrição ou o aconselhamento sobre estilos de vida e prevenção da doença, a referenciação, o trabalho em equipa, todas estas situações que são comuns no quotidiano do(a) médico(a)” (Silva. 2008:505), pode-se então afirmar que a comunicação é fundamental no exercício desta profissão que inevitavelmente convive com situações delicadas e com pessoas a passar por momentos difíceis.

¹³ (Disponível em URL: http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/11/3_texto.html, acedido a 28 de Dezembro de 2010)

No entanto apesar desta proximidade entre MCGF e utente surge outra questão relacionada com este assunto, porque motivo os utentes não colocam todas as dúvidas que têm ao médico? É normal numa comunicação haver o interlocutor e o receptor, posições estas que vão sendo alternadas pela fluidez das perguntas e respostas que vão surgindo. Quando o utente se encontra num ambiente de consultório fica imediatamente envolvido naquela atmosfera e na conversa que geralmente é iniciada e dirigida pelo médico. O que faz com que o utente tenha “uma janela de oportunidade limitada para contar a sua história ao médico¹⁴” (Wilkins, S. 2010:). Este mesmo autor refere que muitas vezes, mesmo que aproveite a tal janela de oportunidade, o utente é repetidamente interrompido pelo médico acabando por se desviar da sua linha de raciocínio não colocando as suas dúvidas.

Não se pode esperar que todos os utentes consigam transmitir ao seu médico, durante o período de consulta, os seus problemas de saúde. É preciso que o médico esteja atento a todos os sinais que este emite para facilitar o diagnóstico. “Se o médico captar apenas as suas queixas físicas, relacionando-as com as patologias que conhece, poderá não identificar (...) as emoções que acompanham as queixas. (...) Como consequência o paciente fica insatisfeito e poderá voltar repetidamente à consulta, traduzindo o seu problema noutros sintomas físicos”¹⁵. Portanto torna-se evidente de que uma boa comunicação implica que tanto o receptor como o emissor esteja atento a todos os sinais verbais e não verbais emitidos. A voz, a entoação, as metáforas utilizadas e até os termos em calão utilizados pelos utentes devem ser compreendidos pelo médico de forma a estabelecer uma comunicação sã e com resultados benéficos para ambas as partes. Desta forma o tempo de consulta será exponencialmente aproveitado e poderá evitar mal entendidos e retornos à consulta pelo mesmo motivo.

Até que ponto é que os médicos consideram a comunicação importante como parte da construção da relação e condução ao sucesso da terapêutica do utente?

¹⁴ (Disponível em URL: <http://healthcommunications.wordpress.com/2010/11/23/why-patients-dont-ask-their-physicians-questions-additional-thoughts>, acedido a 15 de Dezembro de 2010)

¹⁵ (Disponível em URL: http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/11/3_texto.html, acedido a 26 de Dezembro de 2010)

Será que a classe médica está sensibilizada para Ouvir os seus utentes? Ou este é um processo que se aprende?

A comunicação centrada no doente tem sido alvo de várias investigações nos últimos tempos. Este tipo de comunicação defende que o processo de diagnóstico e definição da terapêutica deverá ser feito em conjunto com o doente e com base de toda a informação que o médico recolheu do utente. Mas este processo é mais "do que ser simplesmente cordial e honesto com o paciente" (Levinson, W., Lesser, C., Epstein, R., 2010:1310).

Estudos revelam que "uma comunicação efectiva exerce uma influência positiva não só na saúde emocional do paciente mas também na resolução dos sintomas, no estado funcional e psicológico e no controlo da dor" (Stewart, M. 1995:1429). Outro estudo afirma que "evidências mostram que uma comunicação empática, não só alivia o sofrimento, como também desempenha um papel na qualidade do tratamento", o mesmo texto diz ainda que "uma comunicação efectiva entre médico e doente está relacionado com melhor aderência (...) melhor eficiência, menor má prática e não surpreendentemente aumento da satisfação do médico e do doente¹⁶".

Nos diversos artigos lidos sobre esta temática encontram-se várias referências a "Ensinando comunicação centrada no doente¹⁵" ou a "Ensinando ferramentas de comunicação" (Levinson, W., Lesser, C., Epstein, R. 2010:1310). Os estudos revelam que este assunto é mais do que uma moda, de facto uma comunicação efectiva e centrada no doente pode fazer toda a diferença no tratamento de uma pessoa. Então será que os nossos MCGF estão sensibilizados para a importância deste tipo de comunicação ou também têm que adquirir competências a este nível?

Dito isto, pode-se assumir que uma boa comunicação entre médico e utente será uma forma de ultrapassar as barreiras que naturalmente se criam em situações de sofrimento e que isolam os intervenientes afastando-os do cumprimento e entendimento da terapêutica. Resta saber de que formas encaram os MCGF entrevistados a comunicação com os seus utentes?

¹⁶ (Disponível em URL: <http://5th-chakra.com/documents/MicrosoftWord-Howdoctorstalk.pdf>, acedido a 28 de Dezembro de 2010)

III. Metodologia

III.1. Objecto de estudo

O objectivo principal deste trabalho é responder à pergunta:

Quais as limitações/constrangimentos na acção médica?

Pode então afirmar-se que o **objecto de estudo** deste trabalho se pode constituir no levantamento das limitações e constrangimentos que possamos encontrar na acção/comunicação médica.

III.2 Objectivos do estudo

III.2.1. Objectivo geral

Identificar as limitações e constrangimentos que os MCGF encontram na comunicação/acção entre médico e utente durante o desempenho das suas funções no Serviço Nacional de Saúde.

III.2.2 Objectivos específicos

Identificar junto dos MCGF se consideram existir limitações no seu local de trabalho que de alguma forma interfiram no seu desempenho profissional;

Identificar que limitações e/ou constrangimentos são esses;

Identificar se consideram que o trabalho multidisciplinar poderia ser um factor que diminuiria as limitações no acto médico(a);

Identificar as situações (limitantes) que os médicos em estudo consideram mais preocupantes e que podem condicionar mais o tratamento dos seus utentes.

III.3. Desenho do estudo

Esta será uma investigação transversal qualitativa e exploratória, uma vez que é realizado em determinado momento definido no tempo e como não existe nenhum estudo feito nesta amostra sobre este tema, considera-se exploratório. A opção por esta forma de investigação deve-se à escassez de investigações feitas sobre os problemas quotidianos que os MCGF encontram no desempenho das suas funções. É comum falar-se sobre situações constrangedoras no SNS, mas não se tinha realizado nenhum levantamento sobre as limitações e constrangimentos que os médicos encontram. Portanto apenas se especulava sobre o assunto. Com esta investigação dá-se mais um passo para a identificação de situações comprometedoras no SNS.

As entrevistas semi-estruturadas conferem a característica qualitativa à investigação, permitindo estudar as pessoas nos seus contextos de trabalho e também como diz Ribeiro (2007:52) "recolhendo dados que emergem naturalmente, sem constrangimentos de uma investigação mais organizada". O facto de ser um estudo semi-direccionado permite que durante as entrevistas se mantenha o objectivo da investigação sem que se condicionem as respostas que estes poderão dar, ou seja é garantir que as respostas destes sejam sinceras e espontâneas.

A análise de conteúdo de entrevistas é um método que fornece muita informação. A entrevista que será utilizada é semi-directiva, ou seja, já existe um guião (apêndice I), por isso será uma entrevista mais rápida do que as entrevistas não directivas, mas no entanto fornecerá igualmente uma grande riqueza de informação (Bardin.2008:89-91).

Será utilizado o método de análise categorial, que segundo Bardin (2008.199) "é o método mais antigo e mais utilizado na análise qualitativa", mas não é por isso que a opção de análise desta investigação recai sobre este método. Este método permite o desmembramento do texto recolhido em categorias analíticas (Bardin. 2008.199), e é esta característica que vai permitir identificar a correspondência, ou não às categorias e subcategorias que foram definidas de forma a atingir os objectivos específicos para esta investigação.

É também um processo que não permite grandes falhas, porque estando as categorias definidas e as entrevistas transcritas, é só prosseguir com a identificação das mesmas nas transcrições. Além da informação que se consegue recolher através deste método, ainda permite, ao investigador deste trabalho, analisar as atitudes dos entrevistados ou seja, a linguagem corporal destes, bem como a intensidade da adesão à investigação.

Os entrevistados não terão conhecimento das categorias e subcategorias que serão analisadas na análise dos resultados, isto porque o facto de ser uma entrevista semi-estruturada deve dar uma linha de orientação, mas não deve, de maneira nenhuma promover determinadas respostas. É extremamente importante para o sucesso desta investigação que esteja assegurada a garantia de liberdade total das respostas dadas pelos MCGF, sem sofrerem qualquer tipo de influência do investigador. Só posteriormente é que as respostas serão analisadas semanticamente e, caso exista correspondência com as categorias e subcategorias pré-definidas, serão inseridas no quadro correspondente.

III.3. População alvo

A população alvo deste inquérito são os Médicos de Clínica Geral e Familiar que exerçam medicina nas Unidades de Cuidados Continuados de determinado Centro de Saúde da zona Oeste de Portugal Continental.

III.4. Amostragem

Amostra de conveniência de 8 Médicos de Clínica Geral e Familiar, divididos entre género e segmentados por faixa etária.

Todos os médicos participantes no estudo serão das Extensões de Saúde do Centro de Saúde de Alcobaça, para diminuir a discrepância entre condições de trabalho.

Todos os médicos serão convidados a participar na investigação, podendo recusar a qualquer altura do estudo. O nome dos entrevistados será mantido no anonimato, serão levantados os seguintes dados pessoais: idade, anos de profissão, local de trabalho e sexo, sendo que a divulgação destes está dependente da facilidade com que isso iria identificar os médicos entrevistados.

III.5. Critérios de Inclusão

Os participantes no estudo deverão ter pelo menos 2 anos de experiência profissional;

Deverão exercer a actividade profissional no sector público, podendo exercer em paralelo no sector privado (mas não em exclusivo);

E será factor obrigatório exercer funções de Medicina em Extensões de Centro de Saúde em questão.

III.6. Critérios de Exclusão

Sempre que não sejam cumpridos os requisitos acima descritos;

Se tiverem menos de 30 anos de idade;

Recusa de participação no estudo.

III.7. Instrumentos de Medida

Será utilizado o método qualitativo, através de entrevistas semi-estruturadas que serão gravadas com o conhecimento dos intervenientes. Com a posterior análise de conteúdo por categorias e análise de avaliação onde será tido em conta o comportamento do entrevistado durante a entrevista.

Nesta análise de conteúdo serão encontradas algumas formas de actuação/comunicação que deverão ser comuns à maioria dos entrevistados e por isso serão considerados os alicerces da definição de um padrão.

Bem como serão definidos padrões de condições mínimas de trabalho.

Estas entrevistas serão semi-directivas de forma a definir uma linha de orientação na entrevista, mas tendo flexibilidade suficiente para permitir que os entrevistados contribuam com outras nuances que ainda não tinham sido consideradas.

O método qualitativo implica uma grande proximidade com os actores do estudo, permitindo "desenvolver uma ideia profunda do modo como as pessoas pensam" (Ribeiro.2007:66). Este método permite que os entrevistados se sintam à vontade para responder às questões colocadas, levando frequentemente o investigador a conclusões inesperadas. No entanto exige disponibilidade da parte do investigador para acompanhar os entrevistados.

Este método tem como objectivo compreender o fenómeno em estudo, estudando os intervenientes individualmente, permite-se assim “considerar a complexidade dos fenómenos em estudo” (Ribeiro.207:66).

A técnica de recolha de dados utilizada nesta investigação será entrevista semi directiva. Esta técnica permite delinear as questões às quais gostaríamos de obter uma resposta, mas sem tornar a entrevista demasiado rígida. Garantindo a liberdade de resposta dos entrevistados, evitando que estes se sintam pressionados a dar determinada resposta, por parecer mais apropriada ou conveniente.

A análise de conteúdo não se limita a analisar a linguagem utilizada, mas sobretudo os indivíduos, ou seja, tudo aquilo que os indivíduos dizem, a forma como comunicam, as paragens entre respostas, as hesitações nas respostas. Enfim a análise de conteúdo envolve uma dimensão que ultrapassa a linguística é a análise através das mensagens dos entrevistados (Bardin. 2008:45).

A recolha das respostas à entrevista será gravada em modo áudio, com a devida autorização gravada dos participantes. Estas serão transcritas para texto e em seguida será analisado o conteúdo. Este processo passa pela identificação de categorias que foram mais vezes mencionadas, desta forma consegue-se definir um padrão de comunicação e comportamento.

O método de investigação qualitativo usando a entrevista semi-directiva com análise de conteúdo é uma forma de investigação que exige muito cuidado na definição das categorias e na transcrição das entrevistas. A sensibilidade do investigador, aliado aos conhecimentos sobre a área em estudo e aos entrevistados pode produzir interpretações muito positivas e garantir o sucesso deste método de investigação. Estes elementos humanos associados à metodologia de análise, que vai permitir de uma maneira mais rápida e precisa, encontrar as dimensões que se enquadrem nas categorias definidas pelo investigador, após a leitura do resultado das entrevistas, serão a fórmula perfeita para obter resultados de confiança.

Para que diminuam os riscos desta investigação se tornar subjectiva, ao longo da recolha de dados serão indicadas algumas categorias que possam ir sendo sugeridas com o avançar da recolha das respostas. A transcrição também vai sendo realizada em simultâneo com o processo de entrevistas. Embora o processo se vá

desenrolando em simultâneo a estrutura da entrevista não deverá sofrer alterações desde a primeira entrevista até à última.

As entrevistas serão marcadas consoante a disponibilidade dos médicos, mas num período nunca superior a 2 meses entre a 1ª e a última entrevista. O local da entrevista será sempre que possível externo ao meio hospitalar ou, caso não seja possível, pelo menos fora do consultório habitual do médico em questão. Esta opção de realizar as entrevistas num meio diferente do local de trabalho tem como intuito fazer com que o médico encare esta participação no estudo como algo sério e científico, afastando os intervenientes na investigação dos fantasmas do tempo, das pessoas em espera para a consulta, do ruído natural das instituições de saúde.

III.8. Análise Prevista

Os dados recolhidos nas entrevistas serão analisados pela investigadora em colaboração com o orientador da investigação, de forma a eliminar possíveis erros de interpretação.

No tratamento dos dados será utilizada uma análise de conteúdo por categorias de forma a identificar um possível padrão de comunicação entre o médico/utente e as limitações ou constrangimentos que os Clínicos Gerais encontram no decorrer das suas funções no SNS.

III.9. Procedimento

A entrevista será testada previamente com dois médicos que trabalham em extensões de saúde do concelho de Mafra, de forma a poder ajustar as mesmas e posteriormente poder aplicá-las nos médicos que farão parte da investigação. Desta forma podem-se aplicar as entrevistas finais baseadas na realidade dos clínicos gerais no que diz respeito à comunicação e acção com os seus utentes e não só na literatura disponível. Aos dois médicos de clínica geral e familiar, que participarem nesta fase inicial da elaboração das entrevistas, ser-lhes-à pedida autorização para participação no estudo, que deverá ser gravada em modo áudio. Estes médicos, serão do concelho de Mafra, distante o suficiente do concelho em estudo, para que não exista influência sobre os mesmos.

A investigação será com uma amostra de 8 Médicos de Clínica Geral e Familiar, sendo recolhida a informação, através de entrevistas semi-estruturadas, mediante marcação prévia com os Médicos, no entanto deverão ser todas recolhidas no espaço de 1 mês (de 18 de Janeiro a 13 de Fevereiro de 2010), de forma a manter a realidade das extensões de saúde.

O tratamento estatístico dos dados acontecerá em simultâneo com a recolha das entrevistas, no entanto estas não serão de maneira nenhuma alteradas após o início da aplicação do instrumento de medida.

IV Resultados

IV.1 Caracterização da amostra

Os MCGF serão classificados consoante a sua participação na entrevista. Esta escala vai desde nenhuma participação (recusa à entrevista), pouca participação, participação comedida, participação activa até a participação bastante activa.

M1

Médico de Clínica Geral e Familiar na casa dos 50 anos de idade, que exerce há mais de 20 anos, sexo masculino. Trabalha numa extensão de saúde do Centro de Saúde em questão. Não trabalha no serviço de saúde privado. Teve uma participação bastante activa durante a entrevista.

M2

Médica de Clínica Geral e Familiar na casa dos 50 anos de idade, que exerce há mais de 30 anos, sexo masculino. Trabalha numa extensão de saúde do Centro de Saúde em questão. Trabalha no serviço privado de saúde. Teve uma participação bastante activa durante a entrevista.

M3

Médico de Clínica Geral e Familiar na casa dos 50 anos de idade, que exerce há mais de 30 anos, sexo masculino. Trabalha numa extensão de saúde do Centro de Saúde em questão. Trabalha no serviço privado de saúde. Teve uma participação comedida durante a entrevista, tendo sido mais interventivo após o fim da entrevista.

M4

Médico de Clínica Geral e Familiar na casa dos 50 anos de idade, que exerce há mais de 25 anos, sexo feminino. Trabalha numa extensão de saúde do Centro de Saúde em questão. Não trabalha no serviço privado de saúde. Teve uma participação activa durante a entrevista.

M5

Médico de Clínica Geral e Familiar na casa dos 50 anos de idade, que exerce há 20 anos, sexo feminino. Trabalha numa extensão de saúde do Centro de Saúde em questão. Não trabalha no serviço privado de saúde. Teve uma participação bastante activa durante a entrevista.

M6

Médico de Clínica Geral e Familiar na casa dos 50 anos de idade, que exerce há mais de 25 anos, sexo feminino. Trabalha numa extensão de saúde do Centro de Saúde em questão. Trabalha no serviço privado de saúde. Teve uma participação bastante activa durante a entrevista.

M7

Médico de Clínica Geral e Familiar na casa dos 50 anos de idade, que exerce há mais de 30 anos, sexo masculino. Trabalha numa extensão de saúde do Centro de Saúde em questão. Não trabalha no serviço privado de saúde. Teve uma participação comedida durante a entrevista.

M8

Médico de Clínica Geral e Familiar na casa dos 50 anos de idade, que exerce há mais de 30 anos, sexo feminino. Trabalha na extensão de saúde do Centro de Saúde em questão. Não trabalha no serviço privado de saúde. Teve pouca participação durante a entrevista.

IV.2 Definição de Categoria e subcategorias

Na categoria **escassez de recursos Humanos** foram incluídos apenas os MCGF, ou seja cada vez que um dos entrevistados se referia à escassez de colegas com as mesmas funções no Serviço Nacional de Saúde.

Na subcategoria **escassez de técnicos** que dão apoio à consulta de Medicina Geral e Familiar foram incluídos todos os profissionais mencionados, à excepção de MCGF. Nesta subcategoria estão incluídos: Administrativos, Enfermeiros, Dietistas/Nutricionistas, Fisioterapeutas, Psicólogos, Pediatras e Estomatologistas.

Na subcategoria **escassez de recursos materiais** foram incluídos a falta de material para o exercício da sua profissão, desde vinhetas, a computadores, balanças, pilhas para os medidores de tensão arterial, falta de aquecimentos nas salas, entre outras coisas do género.

A subcategoria **escassez de tempo** por consulta engloba todas as expressões utilizadas que indiquem que seria necessário, os MCGF terem mais tempo por consulta para fazerem o trabalho de qualidade.

A subcategoria de **recursos desactualizados** compreende todas as situações em que os MCGF nomearam objectos que até têm disponíveis na sua consulta, mas por já estarem tão ultrapassados ou por serem obsoletos, ou por terem muito uso, já não são funcionais, nem objectivos. Como, por exemplo, as balanças que devem ser calibradas após um determinado número de utilizações.

Na categoria **Problemas de comunicação** incluem-se as dificuldades que influenciam o processo comunicacional/relacional entre o médico e o utente. Um exemplo desta situação é o facto de os utentes não exporem as suas dúvidas ao seu MCGF e fazerem-no pensar que até entenderam a terapêutica, quando isso não aconteceu.

Na subcategoria **linguagem desadequada** incluem-se todas as evidências dadas pelos MCGF de situações em que eles admitem que não utilizaram a linguagem mais apropriada para explicar o tratamento aos utentes. O mais frequente é só se

aperceberem de que isto aconteceu quando os utentes retornam à consulta e não cumpriram a terapêutica estipulada.

A subcategoria **desconfiança generalizada na classe médica** abrange todos os relatos descritos ao longo das entrevistas de utentes que, sistematicamente, duvidavam da informação que lhes era dada pelos médicos, pondo quase sempre em causa a sua capacidade de exercer medicina.

Na categoria **Problemas de informação**, estão todas as situações relacionadas com a dificuldade de compreensão da parte dos doentes. Ou seja, aquelas situações em que todas as formas de comunicação e explicações foram tentadas e em que, mesmo assim, os utentes não captaram a mensagem.

A subcategoria **acesso facilitado à informação por parte do utente** (internet) compreende os constrangimentos por vezes causados quando os utentes confrontam os seus médicos com informação que retiraram da internet e de outras formas de informação. Os constrangimentos aparecem quando o médico tenta desmistificar algumas das informações que são erradas, ou pelo menos incorrectas naquela situação.

A subcategoria **falta de informação/feedback sobre os seus utentes/consultas** reflecte-se na ausência de retorno dos utentes em relação aos tratamentos e até aos exames realizados, em que muitas vezes os MCGF só têm acesso aos resultados 6 a 12 meses depois de terem sido realizados, o que já não reflecte o estado de saúde actual do momento.

Na subcategoria **burocracia** incluem-se todos os constrangimentos ou limitações que os impressos, relatórios, metodologias a seguir, entre outras situações criam no desempenho das funções dos Médicos de Clínica Geral e Familiar.

As ponderações atribuídas às respostas dos MCGF dependem da importância que estes deram ao conteúdo semântico das categorias e subcategorias que foram avaliadas como sendo constrangimentos e limitações ao desempenho das suas funções de Médicos no Serviço Nacional de Saúde. As ponderações são representadas por uma escala que vai de 1 (um) a 5 (cinco), que significam, respectivamente, não é um constrangimento, aqui vão-se incluir todas as categorias e subcategorias que não foram referidas uma única vez pelo MCGF

durante a entrevista, 2 (dois) consideram um constrangimento menor, ou seja, que é fácil de contornar, 3 (três) uma situação que pode constranger o seu desempenho enquanto médico, 4 (quatro) as referências que fizeram a este tema demonstra que são situações que de facto o preocupam, pois compromete seriamente o seu desempenho enquanto médico. Por fim, temos o 5 (cinco), quando o MCGF se refere a situações que são tão constrangedoras que chegam mesmo a impedir o tratamento daquele doente, ou pelo menos o tratamento que os MCGF consideram ser o mais correcto a seguir.

IV.3 Apresentação de resultados

Categorias e Subcategorias do M1

Categorias e subcategorias	N.º de referências	Ponderação 1-5	Expressões
Escassez de Recursos	4	5	"a escassez de recursos humanos vai, vai-se agravando..." "imagine a carga de trabalho..."
Escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral	8	5	"falta de administrativos(...) pessoal de enfermagem" "isso seria mágico" "era bom que houvesse ajuda e era bom que houvesse Dietista e Psicólogo"
Escassez de recursos materiais	6	5	"o computador não funciona (...) não havia vinhetas"
Falta de tempo por consulta	0	1	*
Recursos desatualizados	5	4	"passo aqui a credencial e depois a consulta do Hospital demora anos a chegar, quando chega! Quando chega..."
Problemas de comunicação	4	3	"menos inteligência" "compreendem só o mínimo" "problemas intrínsecos ao próprio doente"
Linguagem desadequada	2	4	"você tem um cancro (...) e tem uma hipótese de sobrevida de 6 meses"
Desconfiança generalizada pela classe médica	1	2	"pessoas menos receptivas"
Problemas de informação	0	1	*
Acesso facilitado por parte do doente À informação (internet)	0	1	*
Falta de informação/feedback sobre os seus utentes/consultas	0	1	*
Burocracia	0	1	*

Tabela 1: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M1.

*Categorias e subcategorias que não foram referenciadas pelo entrevistado

Para o M1 a categoria *problemas de informação* não é um constrangimento no desempenho das suas funções de MCGF no SNS e na relação que estabelece com os seus utentes pois não mencionou vez nenhuma ao longo da nossa entrevista nem a categoria, nem as subcategorias relativas a este assunto. Estudando a entrevista, é fácil perceber porquê.

Este MCGF é uma pessoa com muita facilidade de comunicação e que observando as suas intervenções na entrevista nos apercebemos rapidamente que se explica sem dificuldades e é capaz de utilizar os termos mais simples para explicar o conceito mais complicado de medicina. Para além disso é uma pessoa de trato fácil e que, no seu local de trabalho, está sempre de sorriso nos lábios o que se transforma numa excelente enzima de construção de relações. Também a subcategoria *Falta de tempo por consulta* não foi referida vez nenhuma, isto deve-se ao facto de recentemente este médico ter trocado de extensão de saúde 3 vezes em 6 meses, o que faz com que o tempo por consulta não seja uma prioridade, neste momento.

Sendo que o ponto que ele considerou mais limitante foi a subcategoria *escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral* com 8 referências e a Categoria *escassez de recursos* quando se referia aos colegas de MCGF. O que significa que a grande preocupação do M1 é a escassez de recursos humanos com um total de 12 referências. O M1 demonstrou que a falta de recursos humanos é fundamental e atribui a uma equipa multidisciplinar para cuidados de saúde primários extrema importância: "Há aqueles diabéticos que até são muito responsáveis e há aqueles que não são e nesses seria bom para controlar, você vai ficar com uma consultinha para 5ªfeira está cá a Psicóloga e a Nutricionista e pronto. (...) isso seria mágico."

Categorias e Subcategorias do M2

Categorias e subcategorias	N.º de referências	Ponderação 1-5	Expressões
Escassez de Recursos	4	4	"A política actual favorece as USF e dá-lhes entre aspas todos os meios necessários (..) e os outros ficam para trás!" "gestores a controlar os orçamentos"
Escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral	4	5	"Sim acontece porque não há(...)pois se tivéssemos todos os técnicos que precisássemos..." "Tem de haver apoio de outros técnicos que nós não temos no CSaúde"
Escassez de recursos materiais	2	5	"CSaúde têm poucos recursos materiais" "não tem aquecimento ou é insuficiente"
Falta de tempo por consulta	3	4	"em relação à qualidade do acto médico (...) depende do nº de pessoas que o médico tem para atender" "o médico actualmente tem sobrecarga de trabalho por motivos vários"
Recursos desactualizados	3	3	"e a própria extensão pouca manutenção" "trabalho numa que tem 15anos e de facto foi feita de raiz, mas nunca houve uma manutenção do edifício."
Problemas de comunicação	5	4	"cada vez é mais difícil de lhes transmitir a informação" "tem que haver a preocupação de explicar de maneira a que o doente perceba" "os utentes cada vez são mais idosos"
Linguagem desadequada	2	4	"às vezes há doentes a tomar 2 medicamentos para o mesmo efeito" "as pessoas não têm educação para entender alguns assuntos"
Desconfiança generalizada pela classe médica	3	3	"há um conflito de interesses, quer do médico quer do doente" "aos doentes não interessa a longo prazo, começar já e melhorar logo!"
Problemas de informação	0	1	*
Acesso facilitado por parte do doente À informação (internet)	0	1	*
Falta de informação/feedback sobre os seus utentes/consultas	0	1	*

Tabela 2: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M2.

*Categorias e subcategorias que não foram referenciadas pelo entrevistado.

Ao analisar os resultados do M2 vejo que, com excepção da Categoria *problemas de informação* e das duas subcategorias *acesso facilitado por parte do doente à informação* e *falta de informação/feedback sobre os seus utentes/consultas* é que não são valorizadas, todas as outras categorias e subcategorias são limitações a que este MCGF dá muita importância no seu quotidiano, tendo mesmo demonstrado que são situações que constroem o seu desempenho enquanto médico.

Embora o médico só tenha feito duas referências às subcategorias *linguagem desadequada* e *a burocracia* fê-lo de forma que demonstrou terem bastante importância para ele. Quase tanta como as subcategorias *escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral* e *escassez de meios materiais*, às quais este MCGF dá uma importância extrema pois a sua ausência pode comprometer muito o seu desempenho.

Categorias e Subcategorias do M3

Categorias e subcategorias	N.º de referências	Ponderação 1-5	Expressões
Escassez de Recursos	0	1	*
Escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral	6	5	“a escassez de recursos humanos limita o nosso trabalho” “faço muitas vezes de Dietista” “tenho que fazer muitas vezes coisas que não me competem”
Escassez de recursos materiais	1	2	“às vezes faltam-me pilhas para o estetoscópio ou para o medidor de tensão”
Falta de tempo por consulta	2	4	“não conseguimos ter tempo para tudo” “sem dúvida ajudava muito, ficaríamos com mais tempo”
Recursos desactualizados	1	2	“dava-me jeito ter uma balança mais nova, digital”
Problemas de comunicação	2	3	“porque a população em geral não tem conhecimentos sobre saúde” “mas às vezes é preferível falar com a família que estão mais perto do doente”
Linguagem desadequada	2	3	“que ao ter cuidado a transmitir essa informação a pessoa não percebeu” “andei ali a tentar mentalizá-lo e ele não percebeu”
Desconfiança generalizada pela classe médica	0	1	*
Problemas de informação	0	1	*
Acesso facilitado por parte do doente À informação (internet)	0	1	*
Falta de informação/feedback sobre os seus utentes/consultas	0	1	*
Burocracia	0	1	*

Tabela 3: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M3.

*Categorias e subcategorias que não foram referenciadas pelo entrevistado.

Em relação ao M3 posso afirmar que a sua grande preocupação é a *escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral*, com 6 referências sendo muitas delas demonstrativas da forma como incapacitam o acto médico “a escassez de recursos humanos limita o nosso trabalho”, a expressão usada pelo médico reflecte na perfeição a limitação que a ausência de técnicos provoca no tratamento do utente.

A subcategoria *falta de tempo por consulta* também é um constrangimento para o M3, uma vez que ele admite que o acto médico é colocado em causa quando diz “não conseguimos ter tempo para tudo”. Por outro lado o MCGF não demonstrou que os *problemas de informação* sejam uma preocupação para ele no seu desempenho enquanto MCGF no Serviço Nacional de Saúde.

Categorias e Subcategorias do M4

Categorias e subcategorias	N.º de referências	Ponderação 1-5	Expressões
Escassez de Recursos	1	2	"havia se calhar já necessidade de outro colega"
Escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral	3	4	"os dietistas sim pronto nós já sentimos isso, muito mais os doentes, que eles próprios dizem que há necessidade nessa área"
Escassez de recursos materiais	1	2	"há carências de vária ordem (...)como do próprio material"
Falta de tempo por consulta	2	3	"de facto tenho um número superior de utentes"
Recursos desactualizados	2	4	"há carências de vária ordem tanto do aspecto físico da extensão" "o aquecimento (...) é uma das minhas batalhas"
Problemas de comunicação	3	4	"faz-se uma tentativa de analisar se o doente compreendeu aquilo que é dito" "pode haver a possibilidade de não serem cumpridas os nossos pedidos" "exige tempo, por vezes astúcia"
Linguagem desadequada	1	2	"por vezes sinto dificuldade, tento...transmitir as informações de acordo com o utente"
Desconfiança generalizada pela classe médica	0	1	*
Problemas de informação	1	2	"Sim é importante seleccionar (refere-se à informação)."
Acesso facilitado por parte do doente À informação (internet)	1	2	"trazem dúvidas e vão esclarecer algumas dúvida que viram na internet"
Falta de informação/feedback sobre os seus utentes/consultas	1	2	"há situações em que o doente não quer saber o que tem"
Burocracia	0	1	*

Tabela 4: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M4.

*Categorias e subcategorias que não foram referenciadas pelo entrevistado.

Os constrangimentos que esta médica encontra diariamente no SNS são bastante diversificadas, sendo que as que mais se salientam são as subcategorias *escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral* e *recursos desactualizados* e a categoria *problemas de comunicação*. Estes são os maiores problemas que encontra e que podem limitar o seu desempenho, mas não chega a comprometê-lo.

As subcategorias *desconfiança generalizada pela classe médica* e a *burocracia* não foram referidas vez nenhuma pelo M4 como tal não são situações que a preocupem ou que considere poder complicar o seu desempenho enquanto médica no SNS.

Categorias e Subcategorias do M5

Categorias e subcategorias	N.º de referências	Ponderação 1-5	Expressões
Escassez de Recursos	0	1	*
Escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral	5	5	"faltam administrativos, faltam auxiliares (...) faltam enfermeiros" "em relação aos Dietistas não sei se eles existem!"
Escassez de recursos materiais	7	5	"as limitações essencialmente são a falta de material" "o esfigmomanómetro que fazia pertença estar aqui, não existe" "medicamentos por exemplo para actuar aqui no caso de alguém se sentir mal, qualquer coisa, não existe aqui nada" "há crianças que precisam de aparelhos para os dentes"
Falta de tempo por consulta	1	2	"se os doentes se sentissem melhor não vinham cá tantas vezes"
Recursos desactualizados	0	1	*
Problemas de comunicação	1	4	"não é preciso que as pessoa tenham amnésia, nem problemas psiquiátricos, basta serem de uma determinada idade, terem uma cultura baixa(...)dificuldades de audição que muitas vezes é praticamente impossível transmitir o que quer que seja"
Linguagem desadequada	1	3	"quando chegam À farmácia já não se lembram e é aqui relativamente perto!"
Desconfiança generalizada pela classe médica	0	1	*
Problemas de informação	0	1	*
Acesso facilitado por parte do doente À informação (internet)	0	1	*
Falta de informação/feedback sobre os seus utentes/consultas	0	1	*

Tabela 5: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M5.

*Categorias e subcategorias que não foram referenciadas pelo entrevistado.

As preocupações de M5 estão bastante concentradas nas *subcategorias escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral*, tendo feito cinco referências e *escassez de recursos materiais* com sete nomeações e na categoria *problemas de comunicação*, que embora só tenha feito uma referência a este constrangimento revelou que era uma grande preocupação no seu desempenho enquanto médica. Já no que diz respeito aos problemas de informação e suas subcategorias não foi feita nenhuma referência, como tal assumo que não é uma limitação no seu quotidiano.

O facto de o M5 estar há cerca de um ano a exercer funções nesta extensão também faz com que só identifique as situações mais constrangedoras e mais evidentes como é o caso da *escassez de recursos materiais*, muito provavelmente ainda não conhece perfeitamente o seu ficheiro de utentes para identificar *problemas de informação* como sendo uma limitação no seu desempenho.

Categorias e Subcategorias do M6

Categorias e subcategorias	N.º de referências	Ponderação 1-5	Expressões
Escassez de Recursos	0	1	*
Escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral	5	5	<p>"uma equipa multidisciplinar que não temos"</p> <p>"e já não ia muito longe, eu já só queria olhe queria um Dietista, queria um fisioterapeuta, eventualmente um pediatra"</p> <p>"tenho a consciência que muitas vezes o acto médico fica abortado"</p> <p>"Temos falta de pessoal"</p>
Escassez de recursos materiais	2	2	<p>"mesmo assim faltam imensas coisas"</p> <p>"já tinha sido pedido uma porta para fazer alguma privacidade da parte dos consultórios e ainda não há porta"</p>
Falta de tempo por consulta	2	4	<p>"bastante tempo"</p> <p>"mas há coisas que se podem fazer uma primeira consulta, uma primeira abordagem, mas depois não posso fazer um seguimento ao doente como eles precisariam"</p>
Recursos desactualizados	1	2	"tem a instalação para os telefones e não puseram isto a funcionar"
Problemas de comunicação	4	5	<p>"Pronto o que não significa que quem sabe ler nem escrever não tenha capacidade de entendimento do que é dito"</p> <p>"De vez em quando acontece, pronto lá há um ou outro que agente não gere bem, ou porque não geriu a consulta."</p> <p>"Já tenho tido doentes que só tenho vontade de os pôr do ficheiro para fora e que não me apetece ver"</p>
Linguagem desadequada	2	3	<p>"Acontece a toda a gente, embora agente se esforce para que isso não aconteça, mas acontece a toda a gente"</p> <p>"E eu, mas para que é isto? Ah tem que me dar outro papel que este já está cheio!"</p>
Desconfiança generalizada pela classe médica	1	3	"Tem que haver confiança e para isso tem que haver uma empatia"
Problemas de informação	1	2	"De acordo com aquilo que nós pensamos que a pessoa tem capacidade de absorver"
Acesso facilitado por parte do doente à informação (internet)	0	1	*
Falta de informação/feedback sobre os seus utentes/consultas	0	1	*

Tabela 6: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M6.

*Categorias e subcategorias que não foram referenciadas pelo entrevistado.

O M6 trabalha há 25 anos na extensão de São Martinho do Porto, já tendo passado por três instalações diferentes, nesta última está apenas há seis meses tendo sido construída de raiz. Daí que os maiores constrangimentos que encontra no seu dia-a-dia estão relacionadas com a subcategoria *escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral*, porque tal como ela refere tem noção que o facto de não existir uma equipa multidisciplinar faz com que o passo a citar “o acto médico seja abortado” e isso é uma grande preocupação para o M6. Acabou por fazer 5 referências a esta subcategoria.

Outra limitação que encontra no seu quotidiano enquanto MCGF são os problemas de comunicação, isto deve-se ao facto de conhecer o seu ficheiro de utentes, na grande maioria há 25 anos o que significa que conhece todo o seu historial. Por isso ter feito 4 referências a esta categoria. Já a categoria *problemas de informação* só fez uma referência, à qual não atribui grande importância e às suas subcategorias nem fez nenhuma referência. Isto significa que o M6 conhece de tal forma os seus utentes que já sabe que tipo de conhecimentos é que têm sobre determinados assuntos.

Categorias e Subcategorias do M7

Categorias e subcategorias	N.º de referências	Ponderação 1-5	Expressões
Escassez de Recursos	0	1	*
Escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral	4	5	“de facto Dietistas, Psicólogos, pedopsiquiatras” “sobretudo a disponibilidade mental para conseguir lidar mais com as pessoas sem ser à base de exames complementares de diagnóstico e de medicação”
Escassez de recursos materiais	1	2	“se bem que já tivesse que recorrer (...) a laboratórios para fornecer as peças”
Falta de tempo por consulta	2	3	“era uma mais valia e que poupava muitas horas às vezes às consultas” “Penso que é a sobrecarga de consultas”
Recursos desactualizados	0	1	*
Problemas de comunicação	3	4	“mais idosas algumas que têm problemas de compreensão” “Até porque muitas vezes ainda não estão as coisas esclarecidas e eles querem logo a resposta de imediato” “Aqueles em que a relação não é tão boa, com certeza a comunicação também não.”
Linguagem desadequada	1	2	“e traz pânico, as coisas têm de ser adaptadas à pessoa que está à frente”
Desconfiança generalizada pela classe médica	3	4	“na relação de confiança” “doentes já de longa data que nunca aceitam, que nunca estão muito permeáveis à nossa mensagem”
Problemas de informação	0	1	*
Acesso facilitado por parte do doente À informação (internet)	2	3	“há pessoas mais novas que já vêm com as ideias preconcebidas que às vezes é difícil desmontar” “se eu disser a outra pessoa que já tem certas ideias feitas, ou preconceitos”
Falta de informação/feedback sobre os seus utentes/consultas	0	1	*
Burocracia	1	3	“que é demasiado burocrático”

Tabela 7: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M7.

*Categorias e subcategorias que não foram referenciadas pelo entrevistado.

O M7 demonstrou que as suas preocupações estão sobretudo concentradas na subcategoria *escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral*, com 4 referências tendo afirmado até afirmado que ele enquanto médico não tem “a disponibilidade mental para conseguir lidar mais com as pessoas sem ser à base de exames complementares de diagnóstico e de medicação”, esta observação demonstra a necessidade de uma equipa multidisciplinar para implementar a ATEV nos seus doentes em detrimento dos exames e medicação. Demonstra ainda a preocupação deste médico sobre este tipo de tratamento que ele valoriza e que sozinha não consegue, daí que tenha atribuído uma ponderação de 5 porque de facto limita o acto médico em questão.

Revelou ainda ao longo da entrevista que a categoria *problemas de comunicação* e a sua subcategoria *desconfiança generalizada sobre a classe médica* são muitas vezes constrangimentos importantes no sucesso da terapêutica. Dá importância à questão da comunicação com o doente como consequência da relação médico/doente como, tendo afirmado “aqueles em que a relação não é tão boa, com certeza a comunicação também não.”

A subcategoria *falta de meios materiais* neste caso não é valorizada porque se trata de uma extensão de saúde nova, me que as pequenas coisas que faltam são de fácil contorno, “está mais ou menos bem apetrechado”.

Categorias e Subcategorias do M8

Categorias e subcategorias	N.º de referências	Ponderação 1-5	Expressões
Escassez de Recursos	0	1	*
Escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral	6	5	"escassez de recursos humanos" "deviam ser dois administrativos e só temos um" "os dietistas sim, mas sobretudo os psicólogos" "tenho que fazer muitas vezes de psicóloga"
Escassez de recursos materiais	1	2	"há sempre coisas que faltam"
Falta de tempo por consulta	0	1	*
Recursos desactualizados	0	1	*
Problemas de comunicação	1	2	"ao tipo de educação que têm e ao tipo de formação que têm"
Linguagem desadequada	0	1	*
Desconfiança generalizada pela classe médica	0	1	*
Problemas de informação	0	1	*
Acesso facilitado por parte do doente À informação (internet)	0	1	*
Falta de informação/feedback sobre os seus utentes/consultas	1	2	"também é verdade que não nos confrontam muito"
Burocracia	1	2	"mais pela parte burocrática"

Tabela 8: Representação em tabela do número de referências e da importância de cada categoria e subcategoria na entrevista ao M8.

*Categorias e subcategorias que não foram referenciadas pelo entrevistado.

O M8 demonstra toda a sua preocupação na *subcategoria escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral* tendo feito 6 referências a este assunto recorrendo a expressões como “escassez de recursos humanos”. Este MCGF não se revelou muito ao longo da entrevista, tendo-se focado apenas neste ponto, acredito que por ter algum receio de se expor e de expor as falhas do SNS, daí que tenha optado por referir apenas o que realmente é mais constrangedora para o sucesso do desempenho das suas funções.

Resumo de categorias e subcategorias de todos os MCGF

Categorias e subcategorias	N.º de médicos que referiram	Total de referências	Ponderação 1-5
Escassez de Recursos	3	9	3
Escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral	8	41	5
Escassez de recursos materiais	8	23	5
Falta de tempo por consulta	6	12	4
Recursos desactualizados	5	12	4
Problemas de comunicação	8	23	5
Linguagem desadequada	7	11	3
Desconfiança generalizada pela classe médica	4	8	3
Problemas de informação	2	2	1
Acesso facilitado por parte do doente À informação (internet)	2	3	1
Falta de informação/feedback sobre os seus utentes/consultas	2	2	1
Burocracia	3	4	2

Tabela 9: Representação dos resultados das entrevistas com os MCGF.

* Categorias e subcategorias que não foram referenciadas pelo entrevistado.

É notório que a subcategoria *escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral* é a situação que os MCGF entrevistados consideram mais limitadora, todos os médicos a indicaram com um total de 41 referências a este assunto. Em segundo lugar estão a subcategoria *falta de recursos materiais* e a categoria *problemas de comunicação*, as duas com 23 nomeações o que também revela muito a importância que estas situações têm no desempenho do acto médico e por isso também lhes foi atribuído ponderação de 5.

Com ponderação 3 e 4 estão as situações apontadas entre 3 a 6 médicos diferentes que variam entre as 8 e as referências nas respectivas categorias e subcategorias.

É notório na tabela que a categoria *problemas de informação* e as suas subcategorias são as categorias que menos MCGF abordaram e consequentemente têm menor número de referências, variando no total dos médicos entre as duas e quatro referências, por isso lhe foi atribuída ponderação 1 e 2 (esta apenas na subcategoria *burocratização*).

A categoria, incluindo as suas subcategorias, que mais referências teve foi a *Escassez de Recursos* com um total de 97 referências. A categoria, e suas subcategorias, *problemas de comunicação* tiveram um total de 42 referências e por fim a categoria e suas subcategorias *problemas de informação* tiveram um total de 11 nomeações, o que associado ao facto de as que foram feitas não tiveram grande relevância faz com que seja a categoria com ponderação mais baixa.

IV.4 Discussão de Resultados

Dos 8 MCGF que participaram na investigação, todos se mostraram disponíveis a participar logo numa primeira abordagem sobre o tema, embora o M8 tenha optado por não fazer a entrevista gravada em áudio. Esta situação deveu-se a razões contextuais e tornou-se numa medida preventiva da parte do MCGF para evitar comprometer-se com a gravação. Todos os outros mostraram vontade em participar e fizeram transparecer o entusiasmo por sentirem que estavam todos unidos e que tinham a oportunidade de revelarem as situações que os incomodam e que limitam ou constroem o seu quotidiano enquanto MCGF nas extensões do centro de saúde em questão. Todos eles, cada um à sua maneira expuseram as falhas das extensões de saúde e a forma como estas se reflectem no seu próprio desempenho profissional.

Apenas o M8 se classificou como tendo pouca participação na investigação, o que significa que se limitou a responder às questões colocadas, com base na sua experiência profissional, mas sem se expor muito e sobretudo revelando muito ocasionalmente a sua opinião pessoal. O M3 e o M7 foram classificados como tendo uma participação comedida, responderam às questões, mas quando revelavam a sua opinião pessoal subitamente tornavam-se mais comedidos. A gravação de certa forma inibiu-os de exporem todas as fraquezas do SNS, porque assim que foi desligado o gravador estes 2 MCGF começaram a falar de como os constrangimentos que encontram no SNS interfere no seu desempenho profissional e a sua opinião sobre estes assuntos.

Todos os restantes MCGF (M1, M2, M4, M5 e M6) entrevistados foram participativos e contribuíram com informação profissional, mas também com a sua opinião sobre os constrangimentos e limitações que encontram diariamente no desempenho das suas funções.

Herzberg citado por Hespanol, A. (2008:266) defendeu na sua teoria da Higiene-motivação dois factores imprescindíveis no trabalho; intrínsecos que são por norma factores motivacionais que promovem a satisfação profissional e extrínsecos, factores higiénicos que impedem essa mesma satisfação. Segundo este modelo os factores extrínsecos que englobam relações com colegas, condições relacionadas com o trabalho, burocracias, problemas administrativos, políticas, entre outras.

Estas foram também as principais situações analisadas nas entrevistas realizadas aos MCGF investigados.

É visível analisando os resultados que todos os MCGF entrevistados estão de acordo no que diz respeito à *escassez de recursos* nas extensões de saúde, com um total de 97 referências o que demonstra um padrão de concordância entre os 8 MCGF entrevistados. A Categoria *escassez de recursos* vai desde a *escassez de médicos, técnicos de saúde, administrativos, escassez de medicamentos, material descartável* (pilhas “às vezes faltam-me pilhas para o estetoscópio ou para o medidor de tensão”, vinhetas, esfigmomanómetros, ...), *materiais desactualizados* (ou que já não funcionam, ou que estão tão desactualizados que já não são eficientes, como é o caso das balanças que desde que estão a uso nunca foram calibradas “dava-me jeito ter uma balança mais nova, digital”), *a falta de tempo por consulta* “não conseguimos ter tempo para tudo”, muitas vezes referiam-se também a este tópico indirectamente, quando diziam que “há coisas que se podem fazer uma primeira consulta, uma primeira abordagem, mas depois não posso fazer um seguimento ao doente como a maioria deles precisariam”. E isto não é só uma questão de gestão do tempo, é principalmente falta deste. “Investigações sobre o tempo de consulta têm verificado que a sua duração se situa entre dois a trinta e dois minutos, decorrendo habitualmente em cerca de oito minutos.

Vários autores que estudaram a consulta, afirmam que interrompemos os doentes com frequência e que em média os (as) médicos (as) só esperam cerca de vinte e três segundos até à primeira interrupção, o que pode afectar

a obtenção de dados importantes”¹⁷, os resultados desta investigação são coincidentes com esta divulgação, de facto os médicos gerem as suas consultas com base naquilo que têm estipulado para fazer naqueles minutos que têm para estar com aquele utente e não com base nas necessidades que ele traz até à consulta, tal como revelou M2 durante a entrevista “em relação à qualidade do acto médico (...) depende do nº de pessoas que o médico tem para atender”, isto é demonstrativo de que para os MCGF a falta de tempo por consulta só é um problema se não conseguirem realizar todas as tarefas que estão previstas, o facto de não existir tempo para comunicar (este acto implica ouvir o utente e esclarecer-lhe as questões) com o utente, factor que geralmente não é considerado na equação. Como já foi referenciado no fundamento teórico, capítulo Comunicação, os utentes têm “uma janela de oportunidade¹⁸” muito pequena para exporem as suas dúvidas e problemas na consulta.

Isto significa que os MCGF analisados sentem como principais constrangimentos as situações que não controlam, ou que não dependem deles. “Os pacientes parecem querer tempo para estar com os médicos, os médicos reclamam tempo para estar com os pacientes, a média de tempo que passam juntos aumentou e o nível de satisfação entre os dois grupos está a descer, alguma coisa está errada e não é a quantidade de tempo” (Newman, 2010:213), as afirmações de Newman vão de acordo com o que foi revelado pelos MCGF entrevistados, a *falta de tempo por consulta* é uma preocupação, que eles próprios referiram, mas não é o cerne das limitações que encontram no seu quotidiano enquanto MCGF de extensões de saúde. Será então a subcategoria mais referenciada que lhes condiciona o sucesso do tratamento?

A escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral “a escassez de recursos humanos limita o nosso trabalho,” afirmou o M6, esta afirmação é representativa dos resultados deste 8 MCGF entrevistados.

¹⁷ (Traveline. 2005, citado por Silva.2008:506)

¹⁸ (Disponível em URL: <http://healthcommunications.wordpress.com/2010/11/23/why-patients-dont-ask-their-physicians-questions-additional-thoughts>, acedido a 15 de Dezembro de 2010)

Quando lhes foi perguntado se a existência dos técnicos por eles mencionados facilitaria o seu trabalho com os utentes o M1 respondeu que facilitava e potenciava, o que demonstra de forma decisiva a importância da existência de grupos multidisciplinares nos CS e nas UCSP para o sucesso da implementação da ATEV como forma de tratamento.

Nos casos relacionados com a comunicação e relação médico/doente ou com a informação estes já não os identificam tantas vezes como sendo um constrangimento e quando o fazem demonstram que complica, mas que não impedem o acto médico, isto vem de acordo com a formação que os Médicos de forma geral, independentemente da sua especialidade têm, “o tempo gasto nos momentos que proporcionam verdadeira satisfação aos pacientes (comunicação, contacto, interacção) é desencorajado, obrigado a competir com o tempo supostamente mais valioso gasto em números, processos, exames e Raios X” (Newman, 2010:112). Portanto os resultados desta investigação confirmam a realidade em que os Médicos são moldados.

No entanto quando os utentes são confrontados com a compreensão da informação que lhes foi transmitida muitas vezes não admitem não a ter entendido o que gera uma confiança errada por parte dos médicos, pensando estes que a informação foi assimilada, quando na verdade não o foi. Isto acontece mais frequentemente quando se trata de adesão à terapêutica “Outro aspecto que afecta a aderência relaciona-se com a não compreensão dos termos que o(a) médico(a) utiliza, o que acontece com maior frequência do que imaginamos. Quando, na consulta, temos dúvida se o doente compreendeu o que se disse e o questionamos sobre isso, é comum não admitirem que não compreenderam e tentarem decifrar sozinhos o que ouviram do médico a partir do seu sistema de informação, crenças, normas sociais e culturais”. (DiMatteo. 1982 citado por Silva. 2008:506).

A autora Tudela *et al* (2007:715), revelam que cada vez mais se verifica uma preocupação de parte dos MCGF com a prevenção e promoção da saúde dos seus utentes, que deveria estar constantemente presente no quotidiano do clínico Geral, no entanto este processo de mudança comportamental e de alterações de estilos de vida não se coadunam com abordagens simplistas e

reduzidoras como 'faça isto' ou 'evite aquilo'. Daí a importância do trabalho em equipa, caso contrário todo o processo terapêutico fica comprometido e é um esforço inglório da parte do MCGF, é aqui que este assunto se sobrepõe aos resultados obtidos nesta investigação, os médicos fizeram 41 referências à categoria de *escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral*, o que para além de permitir definir um padrão de coerência e concordância entre os médicos permite-nos também perceber que se sentem sozinhos neste processo e que bons resultados terapêuticos dependem da existência de recursos humanos e materiais adequados.

A falta de técnicos, em especial técnicos de saúde, é um problema com que os MCGF entrevistados se debatem diariamente. Defenderam inclusivamente que mais do que ter disponíveis os recursos técnicos, neste caso Dietista, na sede do Centro de Saúde, recentemente transformada em USF, era importante ter um por Unidade Local de Saúde, que daria apoio às respectivas extensões, "pronto ou então um que fosse aqui para a Unidade do Litoral, a USF de X ter outro" referiu o M1, outras citações que demonstram isto são "tem que haver apoio de outros técnicos que nós não temos no CS", "A escassez de recursos humanos nas UCSP actualmente", como afirmou o M2.

Tentam muitas vezes colmatar a ausência de Dietistas, Psicólogos, Pediatras, mas não conseguem dar continuidade à ATEV, o que faz com que o M6 tenha revelado na entrevista "tenho a consciência que muitas vezes o acto médico fica abortado".

Os resultados obtidos através desta investigação são um 'grito de ajuda' dos MCGF entrevistados, sentem que o seu desempenho profissional está a ser comprometido pela grande quantidade de constrangimentos que encontram diariamente no seu local de saúde. O facto de não terem disponíveis técnicos para complementar o seu trabalho é como se estivessem a esforçar para dar o seu melhor enquanto MCGF, mas que não estivessem a conseguir atingir os objectivos que definem para os seus doentes por falta de apoio em diversos sectores, mas principalmente apoio técnico.

Embora este levantamento não esteja dependente da satisfação profissional que os MCGF têm ao desempenhar as suas funções, pode-se dizer que os

constrangimentos e limitações que referiram são com certeza esses motivos de menor satisfação no trabalho. Hespanol revelou-nos que cerca de metade dos MCGF que ele estudou apontaram razões extrínsecas à profissão na área de administração/gestão do serviço de saúde como responsáveis pela sua insatisfação profissional (2000:195), sendo que foram também questões relacionadas com escassez de recursos (gestão de recursos) as mais apontadas nesta investigação.

A ciência está em constante evolução e os MCGF sentem que lhes estão a cortar a possibilidade de evoluir nos tratamentos dos seus doentes, obrigando-os devido às restrições orçamentais e consequentemente de recursos humanos, a manter a medicina tradicional com base na prescrição de medicamentos e exames, sendo esta última também cada vez mais limitada.

Os principais contratempos da investigação foram as preocupações que os MCGF demonstraram em não se exporem demasiado durante a entrevista, embora tivesse sido garantido o anonimato e confidencialidade dos entrevistados, provavelmente estes sentiram que tinham que ter algum cuidado caso o anonimato não fosse garantido e a identidade deles fosse descoberta.

V Conclusão

Embora este estudo não se possa considerar representativo da população de Médicos de Clínica Geral e Familiar Portugueses por ser uma amostra de 8 médicos não aleatória, **os resultados obtidos com este levantamento são representativos** das limitações e constrangimentos dos MCGF que trabalham em extensões de saúde do Centro de Saúde em questão.

Pode-se ainda considerar que a variedade e qualidade da informação recolhida superou muito as expectativas iniciais da investigação. Foi igualmente nítido que **os MCGF entrevistados estiveram bastante receptivos à investigação** e ao facto de alguém que não faz parte da instituição, ou seja do SNS, estar interessado e preocupado com a situação actual das extensões de saúde e dos serviços prestados.

O maior receio foi o de que os médicos pensassem, com a abordagem inicial e com o título da investigação, que seria um ataque ao seu desempenho enquanto médicos. Esse receio foi ultrapassado e, surpreendentemente, a investigação foi muito bem recebida.

É possível que esta receptividade positiva tenha dependido de duas situações: a primeira foi o facto de os MCGF já conhecerem o investigador, alguns melhor que outros, o que fez com que **tivessem maior à vontade para falar dos problemas que encontram e o que realmente os preocupa no local de trabalho diariamente**. Alguns destes Médicos, em conversas anteriores, já haviam confessado problemas que agora estavam a ser abordados na investigação e, por isso, sentiram que estavam perante alguém a quem podiam confiar os seus constrangimentos e limitações, sem receios de que deturpasse as suas respostas. A segunda situação prende-se com o facto de **sentirem que estavam a ser ouvidos**, e que muitos dos seus colegas de trabalho iam ser confrontados com a mesma entrevista; logo iriam, de alguma forma, fazer parte do mesmo grupo onde teriam a necessidade de reflectir sobre a actual situação de trabalho que enfrentam, tendo ainda a

oportunidade de ter um porta-voz que levasse a mensagem. Estes resultados são confirmados por Graça, L. (1999:Texto 26), onde revelou que um terço dos MCGF entrevistados não voltariam a escolher o Centro de Saúde como local de trabalho. Um outro estudo realizado no CS de São João revelou que «a insatisfação dos Médicos está mais relacionada com os factores extrínsecos à profissão como é o caso de “possibilidade de usar técnicas evoluídas” ou/e “liberdade de prescrição”» (Hespanol, A. 2009:667). Estas são algumas investigações que de certa forma corroboram os resultados encontrados neste estudo.

Este é um estudo de caso exploratório, os resultados desta investigação servirão como base para futuras investigações, tal como refere Ribeiro (2007:36) permitindo retirar informações deste para formulação de hipóteses, na área dos cuidados de saúde primários onde se poderá alargar a investigação a nível nacional.

Todos os MCGF foram unânimes no que diz respeito à existência de limitações ou constrangimentos nos seus locais de trabalho e que estas interferem com o seu desempenho profissional, algumas chegando mesmo a ser incompatíveis com o acto médico.

A principal limitação apontada pelos médicos entrevistados foi a escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral e familiar. Os principais constrangimentos revelados foram igualmente situações relacionadas com a escassez de recursos, como a *escassez de recursos materiais* e a *falta de tempo por consulta*. Foi considerado um constrangimento, por grande parte dos MCGF, os *Problemas de Comunicação* inerentes à relação médico/utente.

No que diz respeito ao 3º objectivo específico, identificar se os MCGF consideram que o trabalho multidisciplinar poderia ser um factor que diminuiria as limitações no acto médico, **todos foram unânimes e responderam que melhoraria muito as condições de tratamento dos utentes e que potenciaria o acto médico.**

O levantamento das limitações e constrangimentos que foram feitos nesta **investigação demonstra que a grande preocupação dos MCGF é a escassez de técnicos que dão apoio à consulta de clínica geral e familiar**, o que significa que os cuidados primários do nosso SNS não têm técnicos suficientes para suprir as necessidades dos MCGF mas, principalmente, as dos seus utentes.

Esta escassez de técnicos, além de aparecer como a situação mais apontada pelos médicos, é também o catalisador de outros problemas. A situação que mais preocupa os médicos entrevistados, no que diz respeito ao tratamento dos seus utentes, é **a incapacidade que eles confessam ter em responder a todas as necessidades destes**, vendo-se muito frequentemente a desempenhar funções que não lhes competem e às quais não conseguem dar continuidade, ou por falta de tempo ou por falta de conhecimentos técnicos nessas áreas, ou grande parte das vezes pelas duas situações referidas.

Pode então ainda acrescentar-se que o **padrão de comportamento** comum entre os MCGF que colaboraram na investigação será o de **cumprimento das normas e burocracias estipulados pelo poder central**, mesmo que não concordem ou não considerem ser o mais importante. Todos acabam por cumprir com o atendimento dos seus utentes marcados dentro do tempo estipulado, descurando por vezes outras necessidades do utente como a comunicação. Outro **padrão** encontrado prende-se com a comunicação, embora **seja unânime a importância de estabelecer uma comunicação com base em confiança e informação clara e objectiva, nenhum MCGF referiu ter escuta activa quando comunicam com os seus utentes**.

Considera-se então que **os objectivos desta investigação foram alcançados** e que o levantamento das limitações e constrangimentos no acto/comunicação médica abrem uma porta para a sensibilização da necessidade de melhorar os recursos disponíveis nas extensões de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

Destaca-se ainda a importância de se fazerem pesquisas desta natureza, para que possam ser identificados problemas que tantas vezes nos passam ao lado e que podem comprometer os cuidados de saúde que recebemos enquanto utentes.

VI. Plano de Intervenção Sócio-Organizacional

Para a observação de uma melhoria da performance organizacional destes serviços integrados no SNS, o aumento dos recursos humanos especializados/técnicos disponíveis nos Centros de Saúde e nas extensões de saúde fariam com que os cuidados de saúde primários abrangessem um maior número de utentes, aumentando a aderência dos mesmos à terapêutica, uma vez que existiriam mais técnicos disponíveis nas equipas, bem como maior diversidade dos especialistas técnicos. Isto poderia aumentar o bem-estar dos utentes ao sentirem-se mais acompanhados, com menores listas de espera e, consequentemente, um acesso mais facilitado às especialidades que dão apoio à consulta de clínica geral. Para tal seria necessário:

- Sensibilizar outros Centros de Saúde e respectivos Agrupamentos a fazerem um levantamento das situações que os seus MCGF consideram limitantes;
- Identificação dos Centros de Saúde com mais carências a nível de apoio de outros Técnicos de Saúde que dão apoio à consulta de clínica geral e em conjunto com os respectivos Agrupamentos de Centros de Saúde encontrar uma solução;
- Promoção de acções de formação, junto dos MCGF, sobre gestão de tempo;
- Criar grupos de apoio ATEV nos Centros de Saúde para os doentes trocarem experiências e promoverem a mudança do Estilo de Vida em grupo;

No mesmo sentido poderia aumentar a motivação dos médicos através aumento do número de casos de sucesso terapêutico dos seus utentes.

Além da sugestão de alargamento a outras regiões do país mencionada anteriormente, seria ainda muito interessante que, dentro de alguns anos, quando as USF já estiverem mais implantadas no SNS, (até porque não se sabe qual será a repercussão num futuro breve, se continuarem a autorizar a formação destas unidades), fazer uma comparação entre as limitações e

constrangimentos que os MCGF encontram nas Unidades de Cuidados de Saúde Permanentes e nas Unidades de Saúde Familiares.

É ainda importante salientar que, estudos desta natureza, no levantamento das necessidades sentidas pelos MCGF, podem contribuir na generalidade para melhorar o funcionamento das instituições de saúde.

VII. Considerações Éticas e Legais

Todos os indivíduos seleccionados para o estudo foram convidados a participar e informados sobre o objectivo do mesmo antes da aplicação do instrumento. Foi assegurado o direito destes recusarem a participação na investigação, bem como a possibilidade de desistência ao longo do estudo, a autorização dada pelos Médicos será gravada em modo áudio imediatamente antes das entrevistas.

A confidencialidade dos dados obtidos foi garantida a todos os participantes.

VIII. Referências Bibliográficas

VIII. 1. Referências Bibliográficas

Ames, E. Perri, G. *et al.* 2005. *Changing weight-loss expectations; a randomized pilot study*. Eating Behaviour. Jun. 6(3): 259-69

Aucott, L. Poobalan, A. *et al.* 2005. *Effects of overweight/Obese Individuals and Long-Term Hypertension Outcomes: A Systematic Review*. Hypertension Journal of The American Heart Association. 45: 1035-1041

Bardin, L. 2008. *Análise de Conteúdo*. Coimbra. Edições 70

Caetano, J. Rasquilha, L. 2007. *Gestão e Planeamento de Comunicação*. Lisboa. Quimera

Ceartil, M. 2007. *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Lisboa. Edições Sílabo.

Foster, D. Wadden, A. *et al.* 1996. *Psychological effects of weight loss and regain: a prospective evaluation*. Journal Consult Clinic Psychology. Aug. 64(4): 752-7

Foster, G. Phelan, Suzanne. *et al.* 2004. *Promoting More Modest Weight Losses: A Pilot Study*. Obesity Research. Vol. 12. Nº8. August. 1271-1277

Foster, G. Wadden, T. *et al.* 2001. *Obese Patients' Perceptions of Treatment Outcomes and the Factors that influence Them*. Archive Internal Medicine. Vol 161. Nº17.2133-9

Grave, R. Calugi, S. et al. 2004. *Weight Loss Expectations in Obese Patients Seeking Treatment at Medical Centers*. Obesity Research. Vol. 12. Nº12: 2005-2012. December

Graffagnino, C. Falko, J. et al. 2006. *Effect of a Community-Based Weight Management Program on Weight Loss and Cardiovascular Disease Risk Factors*. Social and Behavioral. Obesity. Vol. 14. Nº2:280-288. February

Hamel, G.2007. *O Futuro da Gestão. Como a Gestão 2.0 ultrapassará mentalidades que limitam a inovação estratégica*. Harvard Business School Press. Conjuntura Actual Editora. Lisboa.17-52

Hespanol, A. et al. 2009(1). *Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (I)*. Dossier: A consulta. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Vol. 25: 236-241

Hespanol, A. et al. 2009(2). *Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (II)*. Dossier: A consulta. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Vol. 25: 242-252

Hespanol, A. 2008. Satisfação dos Profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 201 a 2006). Revista Portuguesa de Clínica Geral. Vol. 24: 665-670

Hespanol. A. et al. 2000. *Insatisfação Profissional em Medicina Geral e Familiar: um problema intrínseco dos Médicos ou das Condições de Trabalho?*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Vol. 16: 183-199

INE, IP. 2010. Anuário Estatístico de Portugal 2009. Capítulo AS pessoas – Saúde. Lisboa. pp 145-146

Ledford, C. et al. 2010. *Practicing Medicine: patients perceptins of physician communication and the process of prescription*. Patient Education and Counseling. Vol 80:384-392

Levinson, W., Lesser, A. e Epstein, R. 2010. *Developing Physician Communication Skills for Patient Centered Care*. Health Affairs. July. Vol 29. n7: 1310-1318

Moore, L. Visoni, A. et al. 2005. *Weight Loss in Overweight Adults and The Long-term Risk of Hypertension*. American Medical Association. (reprinted by Arch Intern Med Vol. 165. June 13)

Murphy, P. 1997. *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa. Climepsi Editores

Newman, D. H. 2010. *Onde falham os Médicos*. Alfragide. Casa das Letras

Nunes, R. 2009. Artigo de Opinião - *Ética e Medicina Baseada na Evidência*. Revista Ordem dos Médicos. Junho: 41-42

Parot, F. Doran, R. 2001. *Dicionário de Psicologia*. Lisboa. Climepsi Editores

Pereira, A. et al. 2008. *O Médico de Família Ideal – Perspectiva do Utente*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Vol 24: 555-564

Pereira, J. Mateus, C. 2003. *Custos indirectos associados à obesidade em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 20: 65-80.

Pisco, L. 2008. *Reform of Primary Health Care in Portugal*. Jornal Médico de Família. September. Nº. 1: 51

Poirier, P. Giles, T. et al. 2006. *Obesity and Cardiovascular Disease: Pathophysiology, Evaluation and The Effect of Weight Loss: na update of The 1997Alerican Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease From The Obesity Committee of The Council on Nutrition, Physical*

Activity and Metabolism. Circulation Journal of The American Heart Association. 113: 898-918

Ribeiro, J. 2007. *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto, Legis Editora

Silva, P. 2008. *A comunicação na prática Médica: seu papel como componente terapêutico. Dossier: Relação e Comunicação Médico-Doente*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Vol 24: 505-512

Thomas, F. Bean, K. et al. 2005. *Cardiovascular Mortality in overweight subjects – The key Role of Associated Risk Factors*. Hypertension Journal of American Heart Association. 46: 654-659

Tudela, M. Lobo, F. Ramos, V. 2007. *Desafios da Complexidade em Medicina Geral e Familiar*. Revista Portuguesa de Clínica Geral e Familiar. Vol 23: 715-723

Vidal-Marques, P. Dias, C. 2005. *Trends in Overweight ND Obesity in Portugal: The National Health Surveys 1995-6 and 1998-9*. Brief Epidemiologic Report. Obesity Research. Vol. 13: nº7. July

Williams, G. Grow, V. et al. 1996. *Motivational Predictors of Weight Loss and Weight-Loss Maintenance*. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 70, nº1: 115-126

VIII. 2. Referências Bibliográficas Internet

Forum. *How doctors talk: improving physician-patient communication*. HMI World. News From Harvard Medical International, disponível in URL: <http://5th-chakra.com/documents/MicrosoftWord-Howdoctorstalk.pdf>, acedido a 28 de Dezembro de 2010

Jorge, A. 2009. *História do Serviço Nacional de Saúde*, disponível in URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>, acedido a 8 de Março de 2010

Jorge, A. 2009. *Intervenção da Ministra da Saúde na comemoração dos 30 anos do Serviço Nacional de Saúde*, disponível in URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/xxx+sns.htm>, acedido a 08 de Março de 2010

Jorge, A. 2009. *Sustentabilidade Financeira do Sistema de Saúde-30 anos do SNS*, disponível in URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/sustentabilidade+ar.htm>, acedido a 09 de Março de 2010

Ministério da Saúde. *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*, disponível in URL: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAA>, acedido a 26 de Outubro de 2009

Ministério da Saúde. 2011. *Apresentação do Relatório do Observatório Nacional da Diabetes*. disponível in URL: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/relatorio+diabetes.htm>, acedido a 02 de Fevereiro de 2011

Santos, J. *As dimensões do Tempo de um Gestor*. Disponível in URL: <http://www.artigopt.com/view/printview-3351.html>, acedido a 4 de Fevereiro de 2011

Secção Regional do Norte da Ordem dos médicos, *Comunicado 1999, anexo 7*, disponível in URL: <http://www.nortemedico.pt/textos/?imr=3&imc=5n134n342n>, acedido a 05 de Dezembro de 2009

Silva, P.: 2000, *MGF A comunicação Interpessoal* disponível in URL: http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/11/3_texto.html, acedido a 28 de Dezembro de 2010

Wilkins, S: 2010. *Why Patients don't Ask their Physicians Questions: Additional Thoughts*. Disponível em URL: <http://healthcommunications.wordpress.com/2010/11/23/why-patients-dont-ask-their-physicians-questions-additional-thoughts>, acedido a 15 de Dezembro de 2010

IX. ANEXOS

IX.1. Organograma correspondente ao SNS actual

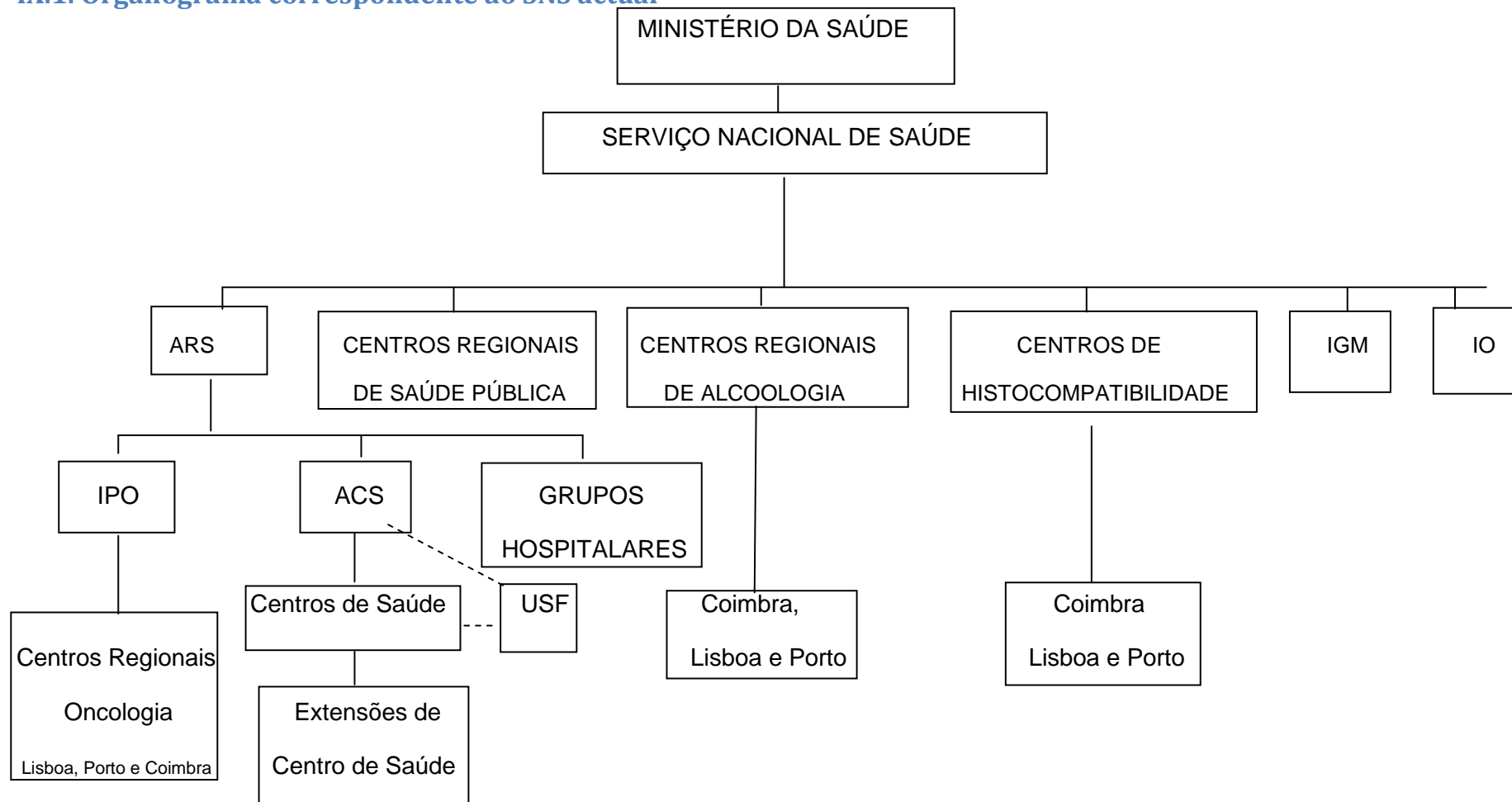


Figura 1: Representação Gráfica da relação entre diferentes instituições de saúde do SNS

IX.2 Guião de Entrevista Aplicado

No âmbito do V curso do mestrado de Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, na especialização em Políticas de Administração de Gestão de Serviços de Saúde, da responsabilidade da Universidade de Évora em conjunto com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, a mestranda Vanessa Duarte propôs-se a realizar uma investigação subordinada ao tema “Limitações e Constrangimentos no Acto/Comunicação Médica”, sob a orientação do Prof. Dr. Eduardo Esperança (docente na Universidade de Évora).

Por isso convido V^a Ex^a a participar nesta investigação, agradecendo desde já a sua colaboração neste estudo, sendo o seu contributo de grande relevo para a concretização do mesmo.

A entrevista será gravada em modo áudio.

O anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos através da aplicação do instrumento de medida são garantidos.

Idade Anos de profissão
Sexo Feminino Masculino
Trabalha no Privado? Sim Não

Local de trabalho no SNS _____

Em 1999 a Secção Regional do Norte da Ordem dos médicos solicitou ao Conselho Distrital do Porto que se pronunciasse sobre as condições em que são prestados cuidados médicos nalguns Centros de Saúde. O resultado deste relatório publicado em www.nortemedico.pt, Junho de 1999 pelo Director do Conselho Distrital do Porto e pelo Director do Conselho Regional do Norte revelou as questões apontadas pelos Médicos de Clínica Geral e Familiar, e passo a citar algumas:

- “ -Incompatibilidade de horários e seus regimes remuneratórios;
- Escassez de recursos humanos;
- Qualidade do acto médico;
- Relação de Confiança Médico/Doente”

1 – Concorde com os resultados publicados neste relatório? Nessa caso em que medida sente limitações/constrangimentos quando está a exercer a sua função no Serviço Nacional de Saúde?

1.1 – Sente que de alguma forma a inexistência das condições de que me falou anteriormente pode influenciar o seu desempenho enquanto médico?

1.2 – Os doentes referem a necessidade de apoio no que diz respeito a outros profissionais de saúde, como por exemplo Dietistas, Psicólogos... e não os terem disponíveis no Centro de Saúde?

1.3 – Por vezes sente necessidade de desempenhar as funções desses profissionais para colmatar as necessidades dos seus utentes?

1.4 (opcional)- E o Dr., com base na sua experiência profissional, sente que a existência destes técnicos de saúde poderiam facilitar o seu trabalho com os utentes?

2– O documento que descreve a Responsabilidade Civil do Médico (pp. 4) afirma a importância e passo a citar que “ as informações dadas pelo médico ao doente têm de depender das capacidades intelectuais e psicológicas do doente”. Com base Na sua experiência profissional alguma vez sentiu dificuldade em transmitir informação ao utente que tinha à sua frente?

3 – No artigo, Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar, publicado este ano na Revista Portuguesa de Clínica Geral, é revelado que os utentes quando confrontam os Médicos de Clínica Geral e Familiar com a necessidade de informações sobre o seu estado de saúde, denotam relutância da parte destes em responder. O que pensa em relação a esta publicação? Sente essa dificuldade no seu trabalho?

3.2 – Gostava de saber qual é a sua opinião no que diz respeito à comunicação entre Médico e utente.

4- Há mais algum assunto que considera relevante abordar sobre estas temáticas?

Queria agradecer a sua disponibilidade em participar nesta investigação e o tempo que despendeu para que esta entrevista fosse possível.

Muito obrigada Dr.(a)., Vanessa Duarte (mestranda)

IX.3 Listagem de Categorias e Subcategorias

Categorias e suas subcategorias a investigar

Escassez de recursos

- Escassez de técnicos que podem dar apoio à consulta de clínica geral
- Falta de meios materiais
- Falta de tempo por consulta
- Recursos desactualizados

Problemas de comunicação (Problemas que influenciam o processo relacional/comunicacional médico-utente)

- Linguagem desadequada
- Desconfiança generalizada pela classe médica

Problemas de informação

- Acesso facilitado a informação por parte do utente (internet)
- Falta de informação/feedback sobre os seus utentes/consultas
- Burocracia